

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

**PAULO ALBERTO FERRI**

**CORREDORES DA EMERGÊNCIA NOS TEMPOS DA  
FORMAÇÃO MÉDICA**

**VITÓRIA**

**2013**

**PAULO ALBERTO FERRI**

**CORREDORES DA EMERGÊNCIA NOS TEMPOS DA  
FORMAÇÃO MÉDICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientadora: Prof. Dr. Rafael da Silveira  
Gomes

Vitória – ES

2013.

**PAULO ALBERTO FERRI**

## **CORREDORES DA EMERGÊNCIA NOS TEMPOS DA FORMAÇÃO MÉDICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional, da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia Institucional, defendida e aprovada em 27 de agosto de 2013.

### **COMISSÃO EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO**

---

**PROF.<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup>. CLAUDIA ELIZABETH ABBÉS BAETA NEVES**

Universidade Federal Fluminense - UFF

Membro Externo

---

**PROF.<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup>. MARIA ELIZABETH BARROS DE BARROS**

Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Membro Interno

---

**PROF. DR.<sup>o</sup>. RAFAEL DA SILVEIRA GOMES**

Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

Orientador

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha noiva – Brunna Soares de Souza (que logo também se tornará Ferri). Pelo seu amor e pelo seu olhar, que traduz a qualidade de sua vontade de ficar comigo para sempre.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao meu querido professor Rafael Gomes, por ter escolhido o meu trabalho e apostado no meu talento, mesmo quando eu nem acreditava mais. Por toda a sua dinâmica, pelos tempos de proximidade e pelos tempos de distanciamento. Todos os momentos foram importantes e qualificaram a minha estada neste programa, que me acolheu de portas abertas. Pela sua dedicação, atenção e paciência durante esse tempo. Agradeço pela aposta neste trabalho e por defendê-lo quando os caminhos ficaram difíceis.

À querida Professora Beth Barros, por ter aceitado o convite para me auxiliar com suas preciosas dicas que fazem o meu corpo vibrar e tirar um pouco mais do possível em mim. Pela parceria grandiosa estabelecida nos encontros do NEPESP – PFIST, assim como pela abertura do estágio para meu auxílio. Espero ter contribuído de maneira significativa, da mesma maneira que este processo contribuiu em minha formação.

Neste mesmo íterim, agradeço imensamente aos colegas do NEPESP – PFIST e aos estudantes da graduação em psicologia da UFES, estagiários sob orientação da professora Beth Barros e do professor Rafael Gomes, que dividiram um tempo de intervenção em Cariacica comigo. É lindo perceber o quanto vocês se pretendem sujeitos-políticos.

À Cláudia Abbés, uma mestra, uma amiga, uma guia. Foi você quem me convidou a este mundo, convidou o meu corpo para se abrir à política e à saúde. Sem você, talvez, não fosse possível vislumbrar e alcançar essa conquista. Com você, aprendi a tocar e a sentir de forma diferente as mais simples coisas do mundo.

Aos professores do mestrado do PPGPSI, pela sabedoria, pelo compromisso, pelos afectos, por todo aprendizado.

Aos queridos alunos de minha turma de mestrado! Obrigado pelas discussões e parceria. Pude aprender muito com vocês. Em especial, agradeço ao Ruy, que esteve comigo desde o tempo em que sonhávamos pisar os corredores do PPGPSI. Sua amizade é real e a potência do nosso encontro não só ampliou nossa qualidade acadêmica, como também, primeiramente, nossa qualificação como sujeitos! À Ana Cristina Scopel, que não era da minha turma, mas dividiu um pouco dos meus caminhos. Sensível como poucos, obrigado por fazer parte desta história.

Às minhas queridas “Estagiárias da Diferença” – Poliana Sfalsin Zatta, Laryssa Marchiori e Ana Clara Pignaton Moro. Divido com vocês as minhas alegrias! São alunas como vocês que me fazem desejar ser professor. Obrigado pelo reconhecimento e por dar sentido às minhas palavras, compondo, junto com as suas, estratégias para fazer o bem aos nossos pacientes!

À Soninha, querida: o que é esse programa sem você? Você é de extrema importância nessa história. Devo a você muito afeto e consideração.

À minha família, que, mesmo não compreendendo muito bem o que se passa por aqui, aceitou a minha distância e apostou junto comigo que este era o melhor caminho a continuar. Aos meus irmãos queridos! Ao meu pai, que, de certa forma, convocou-me a ser o que sou hoje, pelas semelhanças que pretendo levar, mas, principalmente, pelas diferenças. Somos muito diferentes, mas isso não desqualifica o meu amor por você. À minha querida e amada mãe, que instruiu em mim o desejo de cuidar. Sua sensibilidade e necessidade de cuidado me proporcionaram outro jeito de ser. Cuidando de você, cuidei de mim! Te amo como amo a mim mesmo.

À minha amada noiva, parceira e amiga, ponto de apoio e de descanso. Que chorou quando chorei e perdeu noites de sono para me dar apoio, dizendo que eu era capaz. Que, de maneira grandiosa, em alguns momentos só se colocava ao meu lado, em silêncio, respeitando a minha dor, ocasionada pelas adversidades que a vida me lançou no meio desse período. Você tem certeza que vai casar comigo? Talvez eu não mereça tanto!

Aos meus amigos-irmãos de Linhares, os quais eu amo muito. São outra família, não vinculada por laços de sangue, mas sim por laços do afeto.

À FAPES, pelo incentivo. É bom perceber que o estado do Espírito Santo disponibiliza seus recursos ao incentivo à cultura, à ciência e à política.

Agradeço aos trabalhadores, todos eles, em especial aos médicos, residentes e aos internos de medicina que se disponibilizaram a conversar comigo sobre sua formação. Espero ter feito nossos papos valerem a pena!

“Quem não sonha o azul do voo, perde seu  
poder de pássaro.”

Thiago de Mello



## **RESUMO**

Nesta dissertação, buscamos colocar em análise os processos de formação médica situados sobre os corredores da emergência de um hospital público da região metropolitana de Vitória no Espírito Santo. Nela, traremos situações de trabalho estabelecidas durante os tempos da formação médica. O internato médico entra em questão como um processo de experimentação do trabalho em que a curiosidade e a novidade dos primeiros procedimentos realizados impulsionam a conquista do hospital como espaço de experimentação do ser médico. A residência médica ganha visibilidade pela sua urgência de aprendizado e pelo modo como organizam seu processo de trabalho. Sobre a conquista da autonomia na escolha dos aspectos do cuidado e o peso de habitar um processo de trabalho / formação tão intenso. O trabalho médico na emergência assume lugar nesta dissertação por apresentar-se enquanto caminho de ampliação do conhecimento pela prática negociada para responder à variabilidade de demandas, comum aos setores de Urgência e Emergência públicos do Brasil. Atividade constantemente provisória, tempo de composição de competências valorizadas pelo mercado de trabalho médico. Compreendemos o trabalho como elemento primordial de formação. Portanto, qualificamos o trabalho médico inserido nos tempos da formação. Por apostar numa formação que extrapola o sentido clássico de tempo em que se está vinculado a um processo formal de aquisição de conhecimento. Formação extrapola o percurso acadêmico e ganha sentido enquanto processo de produção de sujeitos.

## **ABSTRACT**

In this dissertation, we seek to put in question the medical education located on the corridors of the emergence of a public hospital in the metropolitan region of Vitória in Espírito Santo. Here, we bring work situations established during times of medical training. The medical internship comes into question as a process of trial of labor in which curiosity and the novelty of the first procedures performed propel the conquest of the hospital as a place of experimentation to be a doctor. The residency gains visibility for their urgency to learning and the way they organize their work process. On the achievement of autonomy in choosing which aspects of care and the burden of living a process of working / training as intense. Medical work in emergency takes place in this dissertation by presenting itself as the way to expand the understanding by negotiated to meet the demands of variability, common to sectors Emergency Department of Public Brazil. Activity constantly provisional time of composition skills valued by the labor market doctor. We understand the work as a major element of training. Therefore qualify medical work inserted in the times of training. Why invest in training that goes beyond the classical sense of time that is bound to a formal process of knowledge acquisition. Training goes beyond the academic path and makes sense as a process of production of subjects.

## **RESUMEN**

En esta tesis, se busca poner en tela de juicio la educación médica se encuentra en los pasillos de la emergencia de un hospital público de la región metropolitana de Vitória, en Espírito Santo. Aquí te traemos las situaciones de trabajo establecidos durante la época de la formación médica. La pasantía médica entra en cuestión como un proceso de trabajo de parto en el que la curiosidad y la novedad de los primeros procedimientos realizados impulsar la conquista del hospital como lugar de experimentación para ser médico. La residencia gana visibilidad de su urgencia para el aprendizaje y la forma en que organizan su proceso de trabajo. En la consecución de la autonomía en la elección de qué aspectos de la atención y la carga de vivir un proceso de trabajo / entrenamiento tan intenso. Las actividades médicas de emergencia se lleva a cabo en esta tesis al presentarse como la forma de ampliar la comprensión por parte negociada para satisfacer las demandas de la variabilidad, que son comunes a los sectores del Departamento de Emergencia de Salud Pública de Brasil. Actividad de tiempo constante provisional de habilidades de composición valorados por el médico laboral. Entendemos el trabajo como un elemento importante de la formación. Por lo tanto, calificar el trabajo médico insertado en los tiempos de entrenamiento. Por invertir en la formación que va más allá del sentido clásico de tiempo que se une a un proceso formal de adquisición de conocimientos. Formación va más allá de la trayectoria académica y tiene sentido como un proceso de producción de las materias.

## SUMÁRIO

<b>1-INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>2-CAPÍTULO I - CAMPO DE TREINO.....</b>	<b>19</b>
2.1. O Hospital .....	19
2.2. Das condições da pista .....	24
<b>3-CAPÍTULO II - FORMAÇÃO MÉDICA .....</b>	<b>29</b>
3.1. Aquecendo e alongando o corpo: Sobre o internato médico .....	29
3.2. Passos mais rápidos: Discutindo a residência médica .....	34
3.3. Por falar em formação... ..	42
<b>4-CAPÍTULO III - A ATIVIDADE NO INTERNATO EM QUESTÃO .....</b>	<b>45</b>
4.1. Internato não é trabalho, mas é atividade! .....	54
4.2. Encontro com a morte.....	57
4.3. Poder .....	61
4.4. interesses e negociações .....	62
<b>5-CAPÍTULO IV - TRABALHO NA RESIDÊNCIA MÉDICA .....</b>	<b>65</b>
5.1. Residente aprendiz .....	69
5.2. Mais humano .....	71
<b>6- CAPÍTULO V – TRABALHO MÉDICO NA EMERGÊNCIA .....</b>	<b>77</b>
<b>7- CONCLUSÃO .....</b>	<b>93</b>
<b>8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>96</b>



## 1. INTRODUÇÃO

Nossa discussão é sobre os aspectos da formação médica em seus múltiplos tempos de experimentação dos corredores da emergência. Aqui discutiremos aspectos que foram possíveis de serem trocados numa experiência de parceria com médicos, residentes e internos que corriam pelos corredores da emergência de um hospital público da região metropolitana de Vitória no Espírito Santo, numa incansável atividade de se formar.

Mais do que buscar respostas prontas, procuramos levantar um questionamento que trouxesse o cuidado como elemento primordial do processo de trabalho médico no setor de urgências e emergências. Os questionamentos foram constantes e precisam ficar abertos para mantermos a problematização dos modelos de formação vigentes. Vejamos o que se passou numa experiência válida exatamente por ser única, singular!

Foi possível encontrar a curiosidade de quem está começando a “colocar a mão na massa”, entendendo a beleza do processo de ser aprendiz dos internos de medicina. Foi notório que os residentes de medicina estão com um ritmo acelerado de corrida, desejosos de prática e aprendizado, ao mesmo tempo em que me encontrei com médicos daquele serviço que, provavelmente, logo não estarão mais por lá. São sujeitos que aproveitavam a qualidade da adversidade e da pluralidade de demandas que surgiam aos seus cuidados para se tornarem bastante qualificados a todo e qualquer outro trabalho no qual forem convidados a assumir.

Os corredores da emergência são necessariamente sujeitos envolvidos com o processo de formação de si, pautados no desejo de se tornarem bem qualificados profissionalmente, em que pese que os aspectos primordiais que qualificam essa formação são postos em atividade, por vezes sem uma problematização de seus efeitos, como, por exemplo, a racionalidade biomédica.

Os corredores da emergência são, necessariamente, locais de passagem, onde a diversidade comum do cotidiano fundamenta uma larga experiência de formação, ao mesmo tempo em que, de certa forma, segundo o discurso dos próprios médicos da emergência, inviabiliza a longa permanência nesta atividade.

No entanto, quando a necessidade de cuidado se torna evidente e emergencial, não é difícil perceber o quanto aqueles sujeitos correm por entre aqueles corredores.

Esta dissertação será composta, também, de trechos de narrativas produzidas como diários de campo, que sinalizam ao leitor um pouco do cotidiano e do que foi possível acompanhar durante este processo. A intenção primordial destas narrativas é tornar a experiência da leitura desta dissertação mais próxima e palpável. Não se pretendem generalizações aqui. Pelo contrário! Elas também surgem para levantar e aproximar o leitor aos processos da formação e do cuidado situados naqueles corredores, outro aspecto imprescindível nesta escrita.

*Sobre o peso e o barulho do corpo quando bate no chão!*

*E, então, do nada, ouvimos um barulho forte, meio oco! “O que foi isso? Ichi, seu H. caiu no chão! Chegou agora, coitado!”. Seu H. é um paciente conhecido por eles. Mas não era seu H. Ele estava na cadeira de rodas, meio catatônico, endurecido! Era uma senhora, por volta de sessenta e cinco anos de idade, que havia caído. Ela não tinha uma das pernas.*

*Então, alguém gritou: “Ela está entubada!”.*

*Consegui reparar muito bem aquele instante de negociação, que parece infinito, de tomada de decisão do que fazer. Exatamente quando alguém gritou, “Ichi, ela é precaução de contato!”. Porém, todos estavam desprotegidos, por não estarem com roupas adequadas para o contato com ela. Nesse instante, tudo parece que se paralisou no tempo para que se pudesse escolher entre colocar o jaleco de precaução de contato, a luva, máscara e a touca! Os corpos daqueles trabalhadores pararam como se fossem em estado de câmera lenta e observaram as condições em que se encontravam naquele instante. Mas não dava tempo; era muita coisa! Então, quase todas as pessoas que estavam naqueles corredores correram para socorrer a senhorinha que tinha acabado de cair. “Tem sangue no chão! Tomara que não seja da cabeça”. “Ichi, acho que ela vai morrer!”. Em meio àquele peso estranho do corpo sem uma perna, ou seja, sem mais um ponto para segurar, todo envolvido de fios, soros e respiradores, que tentavam levantar aquela senhora. O maqueiro ficou preso nos fios, alguns médicos sujaram seus jalecos de sangue, enfermeiros corriam para pegar material para curativo etc. E logo a colocaram na maca, começando a verificar de onde vinha aquele sangue. “Ainda bem, veio da punção mesmo”. “Mas aquele barulho foi da cabeça batendo”. “Ela tá com pulso!”, e então a deixaram lá! Sob os cuidados dos residentes. Depois que tudo se acalmou, voltaram cada um para o seu caso e logo tudo voltou ao normal.*

Estive naqueles corredores por aproximadamente quatro meses. Tive, pela própria dinâmica do tempo do setor de alta complexidade do hospital em questão, maior proximidade com os médicos do que com os outros trabalhadores dali. Disseram logo quando entrei que poderia ir aonde quisesse, mas a pesquisa foi acontecendo e me vi voltando recorrentemente ao posto médico.



Dai surgem os sujeitos desta pesquisa. Ali circulavam principalmente os médicos da instituição, residentes em clínica médica da universidade e internos de uma faculdade na região metropolitana de Vitória no Espírito Santo.

Enquanto estive no posto da enfermagem, “parecia atrapalhar” o processo de trabalho (“Você pode me dar uma licencinha?” “Lá vou eu te pedir pra sair do lugar mais uma vez!”). O movimento parecia bem maior ali. Era onde preparavam os procedimentos, onde havia uma quantidade muito grande de materiais, medicamentos e equipamentos. Acabava me sentindo mais confortável (por não atrapalhar) no posto médico, no qual havia uma bancada de mármore com quatro computadores e um armário, em que ficavam as prescrições, os prontuários e alguns exames. Eram tempos diferentes nos dois lugares. No posto médico, parecia existir o tempo da memória (“quando tem isso a gente passa aquilo”) e um tempo da preparação no posto de enfermagem (“preciso colocar isso depois daquilo”). Vale lembrar que todos os trabalhadores passavam pelos setores; os postos eram muito próximos, cerca de cinco metros os separam. De algum modo, parecia ser maior esta distância. Na região onde ficavam os leitos e nos corredores, todos circulavam com muita atividade; era o tempo do proceder.

Dizer que permaneci mais no posto médico não significa afirmar que fiquei somente por ali. Em torno desse movimento, podemos destacar a nuance desta pesquisa, de certo *estar com* que possibilitasse o acompanhamento das linhas de composição do cuidado e da formação em serviço. Corri junto; segurei soro fisiológico; “acalmei” pacientes e profissionais, só pelo fato de ser psicólogo e estar próximo, assim como “assustei” alguns exatamente pelo mesmo motivo. Andei por entre os boxes; conversei com médicos, outros trabalhadores e usuários nos corredores, nos quartos de descanso

dos médicos e residentes, nos restaurantes na hora do almoço com os internos. Enfim, vivi o que foi possível.

Conseguí sorrir junto, foi possível acolher algumas insatisfações, assim como houve momentos em que não fiquei próximo de ninguém. Durante alguns instantes, eu permanecia sozinho no posto médico. Preferia parar “para relaxar os pés que doíam” e para assentar o corpo-pesquisador que se produzia numa dinâmica de acontecimentos marcados pela pluralidade dos tempos possíveis naquele setor, mas com a exigência da emergência estabelecida como uma tatuagem. “O que será que vem daqui a pouco?” “De onde será?”. Por vezes, quando o tempo estava mais calmo, parecia ser estranho estar ali. O tempo por ora estava calmo, porém a possibilidade do silêncio naquele local era praticamente impossível. Havia uma infinidade de sons e timbres que aqueles equipamentos emitiam, mas em sua maioria eram sons agudos que simulavam batimentos cardíacos, respiração, pulsação, oximetria etc. Além dos gritos de dor e insatisfação de alguns usuários e o burburinho oriundo da conversa entre os trabalhadores.

Um cheiro muito estranho pairava na emergência, uma mistura de orgânico e inorgânico. Era difícil compreender aquela fragrância. Algumas vezes, estava sujo; outras vezes, mesmo limpo, tinha a impressão de estar sujo; muitas vezes, estava “bem limpinho”. Mas aquele cheiro característico era comum em todos estes modos. Que cheiro seria este? Urina + bicarbonato de sódio + suor + fezes + álcool? Não é possível identificar, porque seu cheiro não é tão objetivo como se pretende estabelecer numa escrita e numa identificação. Era um cheiro...

Neste período de incontáveis cores, cheiros, sons e tempos, o trabalho e a formação médica ganharam visibilidade e emergiram nesta dissertação. Os tempos são múltiplos e mais vale a força de conectividade que eles têm uns com os outros. Não

existirá aqui uma afirmação de qual a experiência mais valiosa para a formação médica e muito menos em qual momento os sujeitos estão mais ou menos preparados para cuidar. O que se deseja é apresentar somente algumas de suas nuances.

## **2. CAMPO DE TREINO**

### **2.1. O hospital**

Ao apresentar dados históricos sobre uma instituição tão importante como o hospital, precisamos afirmar a intenção de não estabelecer uma história dada de maneira linear, que demonstre um processo de evolução que garanta melhor visibilidade aos dados atuais em detrimento da desqualificação que possa surgir ao analisarmos elementos que comumente são tidos como retrógrados ou ultrapassados. Valemo-nos da história do hospital para compreender modos de organização social, os quais, ao mesmo tempo em que produzem alterações na função política do hospital, alteram-se pelos próprios efeitos da intervenção hospitalar. Buscamos a história do hospital para entender os seus efeitos no presente. Não queremos meramente demonstrar o anterior, mas sim, apresentar elementos importantes para discutir o atual.

Anteriormente ao século XVIII, não se percebia uma funcionalidade médico-terapêutica do hospital, o objetivo hospitalar recebia como característica o assistencialismo religioso destinado aos pobres moribundos. Para tanto, um dos efeitos sociais visíveis de sua atuação era a separação e exclusão destes sujeitos da sociedade. Os doentes, nessa época, eram considerados perigosos e afastados da comunidade para que não contaminassem outras pessoas. Logo, o hospital não era um lugar com caráter terapêutico, cuja organização se dá pelo exercício biomédico. Mas, sim, funcionava principalmente como um espaço de depósito e de exclusão social do doente (FOUCAULT, 1979).

Nesse modo de composição hospitalar, sua organização e disposição proporcionou um efeito adverso em sua prática, e logo se percebeu que ele produziu e aumentou a proliferação de doenças, ou seja, um problema social importante (FOUCAULT, 1979).

Foucault (1979) identifica algumas transformações nas práticas de assistência nos hospitais no século XVIII, afirmando que é exatamente nele que nasce o hospital terapêutico. Nesse momento, é possível notar o início de um processo de engendramento do exercício e ofício médico à atenção hospitalar de maneira recíproca.

Vejamos um pouco mais sobre esse processo, voltando o tempo para acompanharmos alguns elementos da história do hospital, a fim de entendermos melhor essa composição.

A palavra hospital é de raiz latina (*Hospitalis*) e de origem relativamente recente. Tem sua etimologia a partir de *hospes* – hóspedes, porque eram casas de assistência onde eram recebidos pobres e enfermos. Problematicando essa concepção, percebemos que o termo hospital teria, hoje, seu significado mais próximo de *nosocomium*, também de fonte grega, cuja significação é “tratar de doentes”. Existem outras terminologias contidas nos processos hospitalares, esses vinculados ao modo de assistência desenvolvidos em seus interiores. Como por exemplo, *ptochodochium*, *ptochotrophium*, local para os pobres; *poedotrophium*, asilo destinado às crianças; *orphanotrophium*, orfanato; *gynetrophium*, hospital para mulheres; *zenodochium*, *xenotrophium*, refúgio para viajantes e estrangeiros; *gerontokomium*, asilo para velhos; *arginaria*, lugar destinado aos incuráveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965).

O hospital tem sua origem em época muito anterior à era cristã. Existem controvérsias com relação à influência do cristianismo na formação dos hospitais, mas, mesmo com o esforço para demonstrar que a era cristã foi a principal impulsionadora na

construção dos hospitais e que não existe dúvida de que ela proporcionou e desvendou novos horizontes aos serviços de assistência, sob as mais variadas formas. Ainda assim, podemos levantar, na história dos hospitais, acontecimentos importantes que fundamentam uma história um pouco mais remota. Podemos, inclusive, afirmar que em duas das mais antigas civilizações, no Egito e na Índia, encontramos raízes das instituições hospitalares. Assim como podemos observar movimentos importantes na China e no Japão, anteriores à era cristã (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1965).

Podemos afirmar que o hospital enquanto local destinado a abrigar doentes existe antes mesmo do século XVIII. Porém, valorizamos, a partir de Foucault (1979), a diferença que se fundou nesse século, produzindo alterações importantes em seu modelo e na sua função na sociedade ocidental.

Antes do século XVIII, o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres. Instituição de assistência, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna. O personagem ideal do hospital, até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. E alguém que deve ser assistido material e espiritualmente, alguém a quem se deve dar os últimos cuidados e o último sacramento. Esta é a função essencial do hospital. Dizia-se correntemente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna. Assegurava-se, portanto, a salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres. Função de transição entre a vida e a morte, de salvação espiritual mais do que material, aliada à função de separação dos indivíduos perigosos para a saúde geral da população (FOUCAULT, 1979, p. 101).

Podemos denominar uma tomada do hospital como território médico aquilo que proporcionou a alteração da função do hospital, principalmente como local mais relevante para o aprendizado da clínica. “No processo de formação dos jovens médicos é de grande importância entrar em contato com o doente. Dessa forma, o hospital se converte em uma instituição socialmente fundamental” (BONET, 1999, p.126).

A importância do hospital na formação e na prática biomédica, hoje já consolidada, é um processo que se desenvolveu lado a lado com a formação da *clínica* como disciplina científica, pela qual a aprendizagem e a prática junto ao leito do doente são essenciais (BONET, 1999, p.127).

Nesse processo, o saber médico ganha novos contornos e assume outra função clínica, mais destinada à descoberta dos aspectos que fundamentam o aparecimento e o desenvolvimento das doenças e/ou patologias. Esse momento se torna singular ao saber médico e ao hospital. O sofrimento, nesse mesmo processo, passa a ser posto em segundo plano, dando lugar à doença – concreta e objetiva – alocada no corpo do indivíduo doente. Ampliando e desenvolvendo os conhecimentos médicos, produzindo uma nova racionalidade, que, por sua vez, transforma a estrutura do hospital. Tal processo proporcionou uma modulação no modo de organização da experiência clínica e do saber médico (FOUCAULT, 1979). A clínica surge, então, como um processo que instrui um novo estatuto no fazer médico; a reorganização das instituições hospitalares amplia o exercício da medicina no hospital, impulsionando um contato maior com a sociedade, por meio de exercícios e práticas que instrumentalizam uma experiência médica mais coletiva (SOUZA, 1998).

Ensino e assistência se articularam de tal forma que se produz um novo modelo de observação, diferente do que se tinha como comum até século XVIII. Pelo uso desse novo saber, o hospital e a medicina ganham novo valor social e se transformam nas instituições mais pertinentes na regulação, promoção e manutenção dos processos de saúde da população (SOUZA, 1998).

Nessa nova concepção do hospital, é o médico quem se torna personagem principal da organização hospitalar, reorganizando os espaços a fim de torná-lo terapêutico (FOUCAULT, 1979). Nesse mesmo sentido, esse processo impulsionou a criação de documentos internos e externos ao hospital que fundamentaram protocolos para a atuação médica e para o processo organizacional hospitalar. Ampliaram-se os

conhecimentos que serviriam à cura e o hospital tornou-se também um local privilegiado para o acúmulo e a formação de saber (BIANCHESSI, 2006, p. 38).

O saber e o poder se articulam no discurso sobre a medicina, institucionalizando-a e fundamentando estratégias que são ao mesmo tempo instrumento e efeito do poder, ampliando o *status* social dos médicos; o seu valor institucional pelo caráter técnico de seu exercício, com o qual são dotados de competência perceptiva, observacional, descritiva, de ensino etc. (FOUCAULT, 2003).

Nos processos descritos até então, alguns destes elementos não possuem relação estabelecida *a priori*. Mas foi a clínica como dispositivo produtor de práticas e discursos que esboçou algumas destas articulações, produzindo o engendramento do saber médico no objetivo hospitalar e vice-versa. Esta relação de forças compôs um valor social amplo a ambos e impulsionou, cada vez mais, o vínculo entre eles (FOUCAULT, 1995).

Porém, ao ampliarmos a leitura, percebemos que nessa discussão cabe ainda uma analítica singular, além da fundamentação de uma nova relação, que instaura uma diferenciação no exercício médico e no funcionamento do hospital. Foucault (1989) trabalha sobre a tecnologia política da disciplina enquanto exercício do poder. O hospital, nesse processo, também pode se tornar um espaço de disciplinalização dos corpos, individualizando-os, compondo uma vigilância que reorganiza as relações dos sujeitos e dos cuidados com o corpo. Logo, esse passa a ser o objeto de controle, e os discursos competentes são usados para a efetivação do poder e regulação social.

Valemo-nos dessa discussão para pensarmos a mutualidade nas relações entre o saber e o poder. Não se torna possível a efetivação de poder sem que este esteja fundamentado num campo de saber, ao mesmo tempo em que reciprocamente o exercício do saber constitui novas modalidades de poder. O hospital deixou de ser um



lugar de exclusão e se tornou algo além de uma “máquina de cura”. Ele se tornou uma instituição fundamental na regulação dos modos de vida por ser, também, um instrumento de composição, produção, acúmulo e transmissão do saber (FOUCAULT, 1989).

## **2.2 Das condições da pista: sobre o hospital em questão**

O hospital em questão nasceu no seio de um processo de transformação sanitária e das políticas de saúde no Espírito Santo. Seu marco histórico dá-se em 1983, ano em que foi estabelecido o início de sua construção, encerrada em 1987, ano em que foi realizado o primeiro concurso para servidores desse hospital. Foi planejado em meados da década de 1970, contexto do desenvolvimento industrial e econômico do estado do Espírito Santo (COELHO, 2008).

O crescimento da economia no ES destacou-se nos municípios que compõem a Grande Vitória, à época composta pelos municípios de Vitória, da Serra, Vila Velha, Cariacica e Viana (em 1999 e 2001, foram incorporados respectivamente os municípios de Guarapari e Fundão). O município de Serra-ES, em especial, que pela sua localização geográfica foi escolhido para servir como alavanca do processo de industrialização (COELHO, 2008, p. 446).

O estado do Espírito Santo venceu uma importante negociação com o Governo Federal nesta época, trazendo como resultado desse processo a Companhia Siderúrgica de Tubarão (CST) para o Porto de Tubarão em Vitória. Dentre os elementos que serviriam para impulsionar a decisão do Governo Federal a favor do Espírito Santo, encontra-se a construção de um hospital que suprisse as demandas de saúde da população deste estado (COELHO, 2008). O hospital, então, é construído e serve não só como importante elemento para a história sanitária do Espírito Santo, como também garante, inclusive, um importante marco à sua economia.

Nesse contexto, o Governo, à procura de alternativas para ordenar o crescimento industrial no ES, implementou o Centro Industrial de Vitória

(CIVIT) no município da Serra. Assim, além da CST, o ES atraiu novas empresas e centralizou a atuação daquelas já existentes. Como resultado, verificou-se, no município da Serra, forte explosão populacional, proveniente da imigração dos trabalhadores, que pretendiam encontrar emprego nas indústrias concentradas no CIVIT, em geral, e na construção da CST, em especial (COELHO, 2008, p.446).

A realidade educacional e de saúde do município em que o hospital foi instalado era uma questão muito importante a ser levada em consideração naquela época, porém, como a administração municipal não acompanhava as negociações do Governo do Estado com o Governo Federal, algumas características epidemiológicas no município de Serra não foram levadas em consideração. Não havia hospital, assim como não havia uma ampla rede de serviços de saúde. O hospital foi planejado para atender demanda de alta complexidade, sem considerar o perfil populacional local. As questões de saúde mais relevantes no município de Serra eram questões primárias (COELHO, 2008).

Durante anos permaneceu como mero plano de governo, sem que se concretizasse, até 1983. Nesta época, a CST iniciou suas atividades, porém, somente em 1987 é que o hospital iniciou a prestação de serviço à comunidade, já com a siderúrgica em plena atividade, época também marcada pelas mudanças nos rumos da política econômica e social do país, em geral, e do ES, em particular (COELHO, 2008, p.449).

Hoje, o hospital já faz parte da cidade de maneira muito significativa. Seu perfil assistencial é amplo, contando com serviço ambulatorial, clínico, cirúrgico, disponibilizando também um setor de urgências e emergência de extrema importância para toda a região metropolitana de Vitória. Atende, além disso, algumas demandas provenientes de todo o estado do Espírito Santo, assim como necessidades do estado de Minas Gerais e Bahia.

*Entro no hospital e percebo que a fachada é bem ambientada. Há uma recepção na emergência que é muito bonita, bem pintada, parece nova. Pelo lado de fora da recepção, não se percebem os corredores. Neste hospital, eles chamam de pronto-*

socorro o setor de urgências e emergências e de emergência o setor de alta complexidade.

*Muitas pessoas ficam nos corredores. Não há suporte para o soro fisiológico de todos. O que encontro então? Clips grudados com esparadrapos nas paredes dos corredores, mas só de alguns! “Ai, meu Deus, o meu sangue tá voltando!”. Dizem os que seguram firmemente o soro com o outro braço, deixando-o acima de suas cabeças para o sangue não voltar, mas mesmo assim muito sangue volta! Dizem que não tem problema, que depois o sangue retorna ao corpo. Como se ver o seu sangue fora do seu corpo fosse algo normal e depois perceber ele voltando mais normal ainda! “A gente é um lixo mesmo! Ninguém vai mexer em mim não?” E muito, muito silêncio de tantos outros pacientes. “Tá melhorando dona?”, “Já você vai estar em casa”. Isso se ouve muito!*

*Percebo carinho na feitura de tranças no cabelo de uma mulher internada. O afeto no toque no rosto de um jovem acidentado. Interessantes são os olhares trocados entre os pacientes que compartilham do mesmo corredor! Parecem sinalizar algum tipo de parceria.*

*Andando pelos corredores, percebe-se muita coisa interessante. Percebe-se que as condições de ambiência vão se alterando da alta complexidade para os boxes. Os corredores vão piorando de estrutura quase que gradativamente em direção aos boxes. É interessante que nos boxes ficam as pessoas que estão em melhores condições gerais.*

*A alta complexidade, ou emergência, é muito bem estabelecida. Conta com sistema de condicionamento do ar; possui divisórias dos leitos feitas em mármore; tem bom piso; e, de certa maneira, boa pintura, comparada à de outros setores do pronto-socorro.*

*Nos corredores, sangue no chão, capacetes e mochilas! Algumas pessoas ficam em macas, mas a maioria fica sentada em cadeiras. Não contam com cadeiras para todas as pessoas que por ali permanecem. Alguns usuários, principalmente os acompanhantes, ficam em pé, revezando as cadeiras quando possível.*

*Existem alguns boxes ou alas que contam com, em média, quinze leitos. São locais com ventilação, mas sem ar condicionado. Geralmente, as macas não são tão novas quanto as que estão na emergência. Ali é o local da longa permanência de alguns, o que faz com que estes locais ganhem característica de “casa improvisada”. Muitas roupas, bolsinhas e nécessaires com artefatos de higiene pessoal, cobertores, travesseiros e outros utensílios de uso constante são visíveis por ali.*

É visível no Brasil, no que se refere aos processos de procura por assistência em saúde, uma lógica denominada “hospitalocêntrica”. Uma importante parcela da população entende que a única porta de entrada nos sistemas de saúde pública é pelos setores de urgências e emergências, denominados de pronto-socorro, subvalorizando a prevenção e promoção em saúde. Vale lembrar que esse processo reflete, ao mesmo tempo, um modo de organização e estruturação dos Serviços de Saúde pautados numa ordem político-social que privilegia intervenções hospitalares, ou seja, de maior complexidade e a cultura local. Quando afetados por situações de saúde, são a esses serviços que grande parte da população procura, independente de sua complexidade, o que resulta o excesso de demanda. Em muitos casos, o local para o atendimento dessas queixas seria na rede básica de atenção à saúde, porta de entrada presumida pelas políticas de saúde de modo geral.

É fato que o padrão de utilização de serviços de saúde de um determinado grupo populacional é principalmente explicado por seu perfil de necessidade em saúde; porém, as preferências e escolhas dos usuários influenciam na utilização dos serviços tanto quanto a forma como a rede está estruturada (O'DWYER, 2008, p. 1.638).

Esse processo marca o hospital em questão. É visível, em alguns momentos, a superlotação e o excesso de demanda. Os profissionais procuram atender aos usuários de maneira dinâmica, mesmo impossibilitados, em alguns momentos, pela própria condição do processo de trabalho, criado para tentar suprir as necessidades de saúde da população. Esse hospital, mesmo marcado pelo excesso de demanda, pelos momentos em que os pacientes ficam nos corredores, pela possibilidade de demora na resolução de algumas situações de saúde, é reconhecido, pela qualidade assistencial oferecida, como um importante aparelho para suprir as necessidades de cuidado em saúde para uma significativa parcela da população, que reconhece muitos de seus esforços.

### **3. FORMAÇÃO MÉDICA**

#### **3.1. Aquecendo e alongando o corpo: sobre o internato médico**

Cabe uma breve contextualização da história da medicina para entendermos de maneira mais significativa o campo de análise que se opera nesta pesquisa. Faremos uma breve exposição da história da medicina e da formação médica, no intuito de compreender as modificações que foram demarcando a história da atividade médica.

Vida e morte eram tratadas de maneira mística na Antiguidade, e cabia aos deuses a responsabilidade e as influências que se estabeleciam no corpo. Para tanto, as justificativas das mazelas que acometiam os sujeitos eram analisadas a partir dos propósitos dos deuses, ora como obstáculo ou provação, para conhecimento e sabedoria, ora como castigo dos deuses. Dessa forma, a medicina inicialmente foi fundamentada a partir da magia e da religião. Mas a sua curiosidade se voltou aos fenômenos relativos ao processo saúde-doença, buscando a investigação para compreendê-los e explicá-los. A filosofia começou a influenciar esse processo, e então a Grécia passou a ser considerada como berço da medicina científica. Tal processo deu-se em torno do século V a.C. Por volta de 460 a.C., Hipócrates passou a criar métodos considerados precisos e objetivos, usando o raciocínio e o inquérito para fundamentar o processo de diagnóstico das doenças. Logo, as divindades foram substituídas e Hipócrates, por ser considerado idealizador de outro modelo para a medicina, foi eleito o pai da medicina (VILARDO, 2011).

Outro processo importante a ser considerado na história da medicina foi a sua composição como *Medicina das Espécies*, séculos XVII – XVIII, em que as doenças começam a ser agrupadas por gêneros e espécies. Monta-se, então, um quadro classificatório das doenças. Foucault (1977) discute a criação de um novo gênero para doenças a partir de um plano teórico considerado verdadeiro – dotado de poder. Nessa classificação, o saber médico pretende categorizar as doenças pelos seus aspectos reais, a especialidade médica recoloca e classifica o que pertencia ao místico e inusitado ao natural. A medicina das espécies usava a descrição e a analogia para a compreensão dos fenômenos patológicos, além de reconhecer a semelhança das perturbações entre um caso e outro, do mesmo modo que entre uma planta e outra, na botânica (FOUCAULT, 1977).

Já no final do século XVIII, a medicina adota uma nova característica, passando, então, a ser denominada como medicina classificatória, por investir na ampliação do foco de investigação. Aumentou-se a intenção classificatória das doenças, saindo meramente de uma vinculação ao local de afetação da doença no corpo do doente para uma subdivisão hierárquica em famílias, gêneros e espécies de agentes e de doenças. Nesse processo, o médico, para aprender o patológico, iniciou um processo denominado de “abstração do doente”. A medicina agora pode se inserir, também, no laboratório (AROUCA, 1975).

No fim do século XVIII, a medicina começa a criar e adotar um olhar mais clínico, proveniente de outro modo de lidar com a experiência médica. Uma nova relação, mais pedagógica, instaura uma novidade entre o olhar do médico e as características das doenças, que se tornam inteiramente disponíveis à visão do especialista. Agora, o médico é o único, ou o sujeito mais preparado para a enunciação da patologia. Entre o final do século XVIII e o início do século XIX, a clínica

proporcionou à medicina um momento muito importante para a sua história, pois alguns afirmam que a partir da clínica deu-se a origem da medicina. O saber médico começa a mediar a relação do sofrimento com aquilo que o alivia, instaurando na relação dos médicos com os pacientes uma relação de valorização muito grande da medicina (FOUCAULT, 1977).

O avanço tecnológico conquistado no século XIX proporcionou aos médicos uma descrição mais detalhada dos aspectos relativos às patologias, e o que antes não se conseguia sequer enxergar, ganha textura, cor, contorno etc. A experiência biomédica passou a ser impulsionada pelo valor do olhar, agora pautado nos aspectos perceptíveis, proporcionando outra organização teórica e linguística, mais racional e real. Houve o abandono de alguns aspectos relativos aos sistemas antigos da medicina, mas o mais valioso desse processo é que a experiência do médico se tornou mais formal. Agora, mais do que nunca, seu discurso é estruturado pela cientificidade que foi possível conquistar. A medicina começou a ser considerada pelo seu valor de ciência clínica, baseando-se na experiência e na racionalidade biomédica, vista a partir dessa nova relação com a doença (VILARDO, 2011).

Assim, no século XIX, houve uma aproximação maior entre o hospital, a clínica privada, o laboratório e a biblioteca, possibilitando a ampliação de uma prática mais discursiva da medicina, o que reorganizou a posição dos sujeitos em relação aos domínios do saber médico sobre seu objeto – a doença. O avanço tecnológico se ampliou a ponto de instaurar no campo perceptivo da medicina uma redefinição nas práticas de ensino, pesquisa e intervenção. Usam-se, cada vez mais, inovações instrumentais, pelas técnicas cirúrgicas, pela anatomia patológica, por novos sistemas de registros de dados, para o trato oferecido pelo médico ao paciente e as outras profissões com as quais tem vínculo (AROUCA, 1975).



A partir dos estudos em bacteriologia, a medicina sofreu uma importante revolução, principalmente a partir da segunda metade do século XIX. Nas últimas décadas desse século, com o trabalho dos patologistas nasce um novo paradigma para a explicação do processo saúde-doença, modificando, com isso, um conflito comum relacionado à saúde e à doença. Por um lado o foco da observação médica se colocava no jogo permanente entre a análise dos aspectos concernentes ao organismo infeccioso, sua condição de reprodução, mecanismos de defesa contra antibióticos etc. Por outro, ampliavam-se os estudos que davam ênfase ao conhecimento das condições de vida e os hábitos dos organismos hospedeiros – os seres humanos. Iniciou-se, então, o choque de interesses entre a saúde pública e a medicina clássica, mais individualizada (VILARDO, 2011).

Os reflexos do contemporâneo nas transformações científicas e tecnológicas trouxeram importantes avanços no poder de diagnose, possibilitando outra dinâmica de intervenção terapêutica, tornando-a mais eficiente e eficaz. Por outro lado, promoveu um distanciamento importante na relação médico-paciente, ao mesmo tempo em que se operou uma segmentação do sujeito, recortando-o ao ponto de torná-lo ou entendê-lo meramente pela sua organicidade, desconsiderando, em muitos casos, os aspectos psicossociais que influenciam a vida de maneira geral. Esse movimento transformou as ações de assistência à saúde, interferindo na escuta às necessidades dos sujeitos (AYRES, 2009).

Merhy (2000) identifica um duplo movimento no trabalho médico atual, quanto à sua relação com o paciente. A intervenção tende a capturar os usuários a partir de um determinado “universo de ação profissional”. Esse universo é extremamente pautado em saberes formalizados e/ou institucionalizados. Nessa prática, o usuário e seu mundo são submetidos a um “agir tecnológico preestabelecido”. Nesse processo, o discurso médico

é capturado pelo saber formal que fundamenta sua prática, ao passo que essa captura exige que o usuário também se submeta a ela. “No entanto, é interessante observar que, apesar deste esforço, o recorte desses processos relacionais, pelos saberes médico, não se sobrepõe plenamente ao que é pretendido pelo usuário nesta mesma relação” (MERHY, 2000). O trabalho é estabelecido na construção de “projetos terapêuticos tensos”, ao mesmo tempo em que se espera um saber-fazer que no cuidado em sua manifestação no encontro – sua competência relacional, também se exige que o profissional esteja a par das novas tecnologias em seu exercício profissional, e, talvez que esse seja o aspecto central de seu trabalho – sua competência técnica. Produz-se, de certo modo, a vinculação dos aspectos do cuidado dentro de uma centralidade, na qual a produção de procedimentos se dá quase que unicamente pelo médico (MERHY, 2000).

A formação médica é de extrema relevância na produção de modos e ideologias que também foram impulsionadores dessas transformações todas vistas acima. A relação médico-paciente, estudante de medicina-instituição de ensino, é marcada pelos aspectos políticos, culturais e econômicos vigentes em cada época. Não há que se desconsiderar, portanto, que lógicas de mercado e a constante incorporação de tecnológica instruíram aspectos concernentes ao encontro entre médicos, estudantes de medicina e não médicos de extrema valia para a análise dos processos do cuidado de forma singular.

A medicina, até meados do século XX, poderia ser considerada como uma prática voltada para “a arte de curar”, que certamente revela a instrução da relação entre médico e paciente impulsionada pelos processos e órgãos de formação médica. Posteriormente, a situação modificou-se, porque o próprio aparelho formador (escola médica) alterou sua organização e, por meio de suas reformas curriculares, enalteceu a especialização, valorizando, cada vez mais, o arsenal e arcabouço tecnológico. O

estabelecimento de diagnoses ganha cada vez mais valor na prática médica (PINHEIRO; LUZ, 2007).

### 3.2. Passos mais rápidos: discutindo a residência médica

*Chego ao hospital e percebo que a emergência está muito lotada. Há muito sangue nos corredores, um jovem baleado chegara há pouco e fora encaminhado à cirurgia. Chego e como sempre sou muito bem recebido pelos médicos, residentes e internos (principalmente pelos internos que parecem muito interessados em mim. Será em mim ou em tudo?). Eles chegaram e eu já estava aqui. Sou tratado de maneira igual aos outros profissionais.*

*Logo eu escuto de um residente: “Será que vai ter algo legal pra mim?”. Interrogo na mesma hora: “O que seria legal?”, e ele já responde se corrigindo: “Legal não! Interessante. Não há como ter algo legal aqui!”. Perguntei: “Legal tipo House<sup>1</sup>?”, e eles responderam que principalmente nas enfermarias há muitos casos dignos de House e que isso é muito intrigante e interessante à prática médica. Principalmente quando você ainda é residente.*

*Disseram que o hospital é tão interessante que vêm estudantes do exterior para fazer intercâmbio. Tem uma aluna austríaca atualmente. Veio interessada nas questões relativas ao trauma. Hoje tinha sido a primeira vez que ela estava vendo um baleado.*

*Então, discutimos um pouco a diferença que há no Brasil. “Eu já vi uns mil baleados”, disse outro residente. Doenças tropicais também são um grande interesse de intercambistas.*

---

<sup>1</sup> *House* é uma série de Televisão produzida e transmitida pelo canal de TV por assinatura Universal. O enredo se passa em um hospital universitário, onde uma equipe de médicos supervisionada pelo Dr. House investiga e trata de problemas misteriosos e complexos de saúde.

*Uma cena me chama muita atenção. Um banho no leito de uma senhora muito magra, com muitas púrpuras nas pernas e pescoço. Púrpuras são manchas internas de sangue. Como estão próximas à superfície da pele, sua cor avermelhada fica evidente. Ela pedia água durante todo o banho. Pedido ignorado pela condição de saúde dela, provavelmente fará algum exame ou procedimento em breve. As enfermeiras a lavavam como se ela não estivesse reagindo. Mas aqueles bracinhos magrinhos ficavam sempre encostando as enfermeiras, como se implorassem por piedade. Essa é uma situação muito complicada de se compreender. É como se aqueles braços não pedissem nada e como se aquelas passadas de pano molhado fossem mera burocracia. Tenho a impressão de que os residentes que estavam próximos a mim repararam minha afetação com aquela situação. Porém, não me questionaram e nem se prontificaram a me auxiliar na desconstrução de minha angústia evidente ao me deparar com aquela situação.*

*Uma médica da alta complexidade estava na sala e se mostrou muito interessada na minha pesquisa. Disse que queria logo me dar um crachá, porque não queria que eu sofresse qualquer tipo de constrangimento, seja na portaria, seja no interior do hospital, e pediu para que eu levasse uma foto 3x4 para nós fazermos o crachá. Eu estava com uma e ela disse que ia ver com os residentes se eles já tinham crachá. Eles não tinham e então ela disse para fazermos nós três, que ela nos levaria para o RH para providenciar isso. Mas, antes, os residentes tinham que fazer um acesso profundo no paciente internado no dia anterior! Esse mesmo paciente já tinha sido submetido a esse tipo de procedimento para fazer diálise no dia anterior, e quem fez foi um clínico que acompanhei. Acho que ele demorou uns 15 minutos para fazer!*

*Os dois residentes foram juntos, sem o auxílio de nenhum preceptor. Eles ficavam trocando de posição, mexia daqui, mexia dali, e essa atividade demorou umas*

*2 horas e meia. Conseguiram depois da assistência de uma médica. Acabou que nem fiz o meu crachá, demorou muito e precisei pegar a estrada para Linhares. Reparei que são os clínicos, geralmente recém-formados, mas com experiência no hospital, que estão como apoiadores dos residentes e dos internos. Parece que os mais experientes estão “sem paciência” para ensinar os iniciantes.*

Embora reconhecida como uma forma muito eficiente de construção e capacitação profissional para os médicos em especialização, a residência médica, nesses últimos anos, tem sido submetida a diversas críticas, fundamentadas, em especial, pela sobrecarga assistencial, excessiva carga horária de trabalho e, em alguns casos, privação do sono etc. (NOGUEIRA-MARTINS; JORGE, 1998).

Atualmente, é considerada como o processo educacional mais árduo e desgastante da especialização profissional do médico. São costumeiras as longas horas de trabalho, plantões noturnos acompanhados de avaliações, assim como a necessidade de aplicar, na prática, os conhecimentos adquiridos na graduação. A dupla função estabelecida na atividade de residência, que é aprender (de maneira formal) e trabalhar, torna a rotina dos médicos em uma residência estressante e sobrecarregada.

Tornar-se médico, portanto, é um longo e complexo processo de constante aquisição de competências e habilidades, no qual é considerado, de maneira muito significativa, o modo como os sujeitos são postos e se dispõem à construção de uma postura que dê conta das nuances e condições da atividade médica, envolta de singularidades, das quais a graduação, para muitos críticos da formação médica, é insuficiente, tornando a residência médica um pré-requisito fundamental e imprescindível na capacitação e aceitação da competência médica. Não se desconsidera que esse processo de profissionalização se desenvolve ao longo de todo o curso de

graduação, porém a tendência é afirmar a residência médica como seu espaço de consolidação.

Porém, mesmo sendo considerada a experiência de formação mais significativa da medicina, o atual processo de organização da residência médica tem tornado evidente que, simultaneamente ao incremento significativo de competências e segurança profissional, há ainda certa dificuldade de construir e afirmar uma gestão destes processos de formação que levem em conta o processo de produção de subjetividade nos aspectos do treinamento em serviço. Isso pode produzir efeitos prejudiciais à construção e/ou afirmação da sensibilidade médica, por ser envolvida em dinâmicas de aprendizagem que valorizam, de certo modo, o desempenho acadêmico como o maior vetor da qualificação profissional. Produzindo efeitos significativos nos valores sobre saúde, bem-estar e qualidade de vida. Refletindo, também o convite a sobreimplicação<sup>2</sup> no próprio roteiro da atividade em residência médica.

*Percebo que os residentes são os trabalhadores daqui com quem menos tenho contato. Além disso, não consigo percebê-los parados ou descansando por muito tempo e não consigo acompanhá-los em suas intervenções, talvez pela urgência na qual se colocam para realizá-las. Quando sobra qualquer tempinho, eles conversam entre si sobre seus casos, discutem sobre o que deveria ser feito e como é complicado assumir o que dá para fazer. Ficam justificando suas condutas e desejando melhores condições, infraestrutura, e material para que pudessem realizar o que deveria ser feito. Nas poucas conversas que tivemos, foi possível identificar o quanto ainda é complicado para os residentes “assumir o que dá para fazer”, porque, de certo modo, são eles que*

---

2 “A sobreimplicação é a crença no sobretrabalho, no ativismo da prática, que pode ter como um de seus efeitos a dificuldade de se processar análises de implicações, visto que todo o campo permanece ocupado por um certo e único objeto” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2005, p. 1).

*escolhem o perfil do atendimento que será oferecido ao usuário que estiver sobre sua responsabilidade, claro que sobre supervisão dos seus preceptores. Infelizmente, estou tendo poucas experiências com os residentes. Que devem estar tendo experiências por demais, para que eu me adicione a elas. Estou entendendo que de certo modo ainda não caibo no encontro, exatamente pelo excesso de atividade que percebo desses jovens médicos.*

A residência médica é um sistema educacional de treinamento em serviço criado em 1889 por William Stewart Halsted nos Estados Unidos da América, tendo sido implantado no Brasil somente em 1944 (NOGUEIRA-MARTINS, 2010). A residência médica é uma modalidade de instrução acadêmica avançada, na área médica.

Segundo Pagliosa e Da Ros (2008), as contribuições do relatório Flexner ainda são largamente percebidas nos moldes como a residência médica é concebida atualmente, com prevalência da concepção mecanicista do processo saúde-doença, característica da vinculação deste relatório à lógica e racionalidade biomédica, reduzindo os aspectos do cuidado às intervenções sobre fatores orgânicos, como únicos elementos responsáveis para a identificação de causalidades, afirmando o foco da atenção sobre a doença. Propiciando, com isso, uma busca pela excelência técnica na preparação dos futuros médicos, introduzindo a exigência de controle pela racionalidade científica.

O termo residência resulta do fato de, no início de sua história, ser requisito necessário para o médico em formação residir na instituição onde se desenvolvesse o programa de especialização, com o objetivo de estar à disposição do hospital em tempo integral. A residência médica nasce do intuito de capacitação profissional, envolvida num certo roteiro de adestramento, dirigindo-se à especialização (ERNESTRO, 2013).

No que tange às semelhanças da residência médica com referência às outras pós-graduações *lato sensu*, podemos destacar a partir Ribeiro (2011) que, mesmo sendo singular como processo de especialização, ela está submetida à mesma regulação, nos seus termos gerais, dos dispositivos criados pelas Resoluções da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Como os cursos de pós-graduação *lato sensu* não se submetem aos procedimentos censitários, à supervisão e às avaliações trienais da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES (como são as pós-graduações *stricto sensu*), nem seus alunos integram os processos avaliativos periódicos por entidades responsáveis pelo seu monitoramento, estes cursos gozam de certa autonomia na gestão da formação educacional/profissional, pois não são submetidos aos controles, por vezes, burocráticos do Ministério da Educação. Outra semelhança é o fato de que, no final do processo de pós-graduação, essas instituições formadoras concedem certificados (e não diplomas). Os médicos-residentes que cumprem todo o programa de curso e recebem a condição de aprovados são reconhecidos pelo título de especialista, valorizado e reconhecido, tanto pelo Conselho Federal de Medicina quanto pelo Sistema Federal de Ensino e imensamente exigido pelo mercado de trabalho em geral (RIBEIRO, 2011).

Porém, para que a especialização seja reconhecida como residência médica, o curso precisa estar vinculado à Comissão Nacional de Residência Médica. Os outros cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu*, independente de sua avaliação institucional, não são reconhecidos com o mesmo teor de especialização, exatamente por não serem submetidos a esse mesmo Conselho. A residência médica também é submetida ao Ministério da Saúde e ao Sistema Único de Saúde brasileiro (RIBEIRO, 2011). Talvez nasça daí a valorização dos cursos de residência médica, largamente assumida como um processo de pós-graduação superior.



Outro fator importante que entra em jogo e que pode ser mais um elemento da valorização da residência médica é que a entrada nos programas de formação se dá através de concursos públicos, divulgados por editais de acesso livre, diferente de muitos cursos de pós-graduação *lato sensu*. Outra peculiaridade dos programas de residência médica é o fato de ser amplamente fundamentada pela prática em serviço, sendo destinado somente cerca de 10% a 20% do tempo de sua carga horária para estudos e aprendizado teórico (RIBEIRO, 2011).

De modo geral, o principal objetivo da residência é o aperfeiçoamento das competências e habilidades médicas. Uma aquisição técnica que se afirma como avanço sobre os conhecimentos adquiridos durante a graduação. O convite é para a progressiva aquisição de responsabilidade, capacidade, iniciativa, julgamento e avaliação, e, para tanto, as relações que se estabelecem dentro do roteiro da residência médica são postas em negociação dentro de dois vetores das políticas sociais, por vezes, postos em separado – a educação e a saúde (BOTTI, 2009).

Esse entremeio se visibiliza na atividade do residente em medicina. Porém, a percepção é que o vetor educacional recebe maior valor do que o vetor assistencial. E as intervenções estabelecidas parecem ganhar maior valor como experiência técnica do que pela possibilidade de cuidado – sem correr o risco de afirmar uma dicotomia aqui, mas, talvez, uma agonística. A vinculação prática e científica é indispensável à formação de competências para a atividade médica, assim como a construção de uma disposição ao encontro e ao cuidado.

*Sem querer, quando cheguei ao posto médico, fiz um leve barulho ao sentar-me na cadeira, e acordei a residente que estava cochilando sentada, em frente ao computador, rodeada de prontuários e exames. Pedi desculpas e rimos juntos sobre a situação. Ela me disse que tem dormido muito pouco e que não conseguiu aguentar e*

*relaxou um pouquinho. Ela tinha feito plantão noturno no dia anterior. É um jeito de se ganharem por um dinheiro a mais, tendo em vista que, por conta da residência, eles devem abdicar de algumas oportunidades de emprego com salários razoáveis, como, por exemplo, Programa da Saúde da Família. Acabou ficando um tempo comigo e nosso papo foi bastante proveitoso.*

*Falei com ela sobre a pressa que percebo nos residentes e ela logo me respondeu que se justifica, porque a residência talvez seja o último momento que tem para aprender com supervisão de alguém. “Então, quanto mais a gente conseguir fazer e **treinar** aqui, melhor! Nas próximas oportunidades, seremos sozinhos para decidir tudo e responder por tudo também!”. Questionei se esse excesso não poderia se tornar adoeecedor para os médicos-residentes e ela disse que logo eles pegam o jeito, mas que é sabido que a classe médica que mais tem suicídios é a dos residentes, assim como é muito comum o uso de anfetamínicos. Logo ela disse que o plantão estava tranquilo, que tinha passado visita em todos os seus pacientes e que iria, então, descansar um pouco no quarto dos médicos e residentes. Chamou-me para tomar um suco com ela e os outros médicos que deveriam estar no quarto, mas recusei. Achei que ela merecia descansar um pouco.*

A formação tradicional do residente de medicina é baseada numa organização disciplinar que transforma o processo de aquisição do conhecimento em favor da afirmação dos sujeitos com especialistas. A afirmação radical do saber em prol de especialidades conduz e produz um estudo fragmentado dos aspectos da saúde. A diversidade social e cultural dos sujeitos envolvidos nessa rede de formação e produção de cuidado em saúde corre um grande risco de ser desconsiderada na residência médica. E o que permanece perceptível é que os próprios residentes são submetidos a esse movimento, tendo suas próprias singularidades postas em segundo plano em prol de

uma produção de médicos em larga escala, numa dinâmica que, por muitas vezes, desconsidera a própria necessidade do cuidado por parte dos residentes, efeitos da forte dinâmica de formação.

### **3.3 Por falar em formação...**

É possível ensinar a cuidar? O que significa o cuidado? Os ideais contidos dentro de uma determinada lógica fundamentam concepções de cuidado distintas. Seria viável construir uma concepção única de cuidado que pudesse ser escolhida como a mais correta dentre toda a multiplicidade de sentidos que esse conceito pode obter? Não sabemos se essas questões precisam ser necessariamente respondidas. Mas queremos afirmar o cuidado, mesmo multifacetário, múltiplo em suas concepções.

Porém, vale uma exposição da concepção de cuidado que norteia o que se produziu nessa discussão. Afastamo-nos de uma compreensão piedosa, na qual o sujeito do cuidado “é aquele sobre o qual atuamos, intervimos e depositamos conhecimentos e técnicas, de quem extraímos saberes” (HECKERT, 2007, p. 199). Compartilhamos a compreensão de que o cuidado se dá na relação entre os sujeitos, e não como unidade independente, um objetivo do trabalho. O cuidado, então, deixa de ser objeto do trabalho e passa a ser o próprio trabalho. Portanto, a pergunta mais pertinente nesse contexto seria: como cuidar do cuidado para que ele se efetive nas relações entre os sujeitos envolvidos nas dinâmicas de trabalho em saúde? Talvez a resposta esteja na construção e/ou ampliação da dimensão cuidadora (MEHRY, 2000) do trabalho em saúde.

Entendemos que a dimensão cuidadora constitui-se de bons encontros entre trabalhadores e usuários, encontros de afirmação da vida, de aumento de potência, de autonomia, de composição, de sentimento de alegria. Deste modo, consideramos que estabelecer bons encontros, permitir-se afetar e ser afetado, atuar como intercessor são fundamentais para o trabalho em saúde quando este assume a dimensão cuidadora e se propõe a possibilitar

impactos no ganho de autonomia dos sujeitos envolvidos (FARIA, 2010, p. 112).

O trabalho em saúde pode ser entendido a partir de algumas dimensões. Merhy (2000) faz um contraponto entre o que ele determina como dimensão cuidadora e outra dimensão mais envolta pelas dinâmicas que fundamentam uma determinada profissão, sendo essa a dimensão “profissional específica”. Do modo como se organizam as dinâmicas de trabalho é que a relação entre essas duas dimensões vai se definindo. É exatamente esta definição que conforma o modelo de atenção estabelecido nos aspectos do cuidado. A atenção precisa ser direcionada a uma análise destas dimensões. Principalmente quando há predomínio da dimensão profissional, de tal modo que a dimensão cuidadora pode ficar praticamente anulada (MERHY, 2000).

Nessa modalidade do trabalho médico, os processos são cada vez mais ordenados pela dimensão profissional – ou dimensão médica –, que se traduz numa redução dos núcleos de competência relacionais em prol da construção de modos bem estruturados de atos em saúde, pautados em procedimentos “que não deixam mais nítido quem comanda quem: se o trabalhador ao seu saber, ou se o saber pontual ao trabalhador” (MERHY, 2000, p. 113). Esse endurecimento da atividade à tentativa de uso de ferramentas tecnológicas tende a garantir a validade dos próprios procedimentos médicos, que ficam cada vez mais restritos e aprisionados ao especialismo. O trabalho médico parece estar envolvido em um núcleo produtor que necessita da visibilidade de suas tecnologias duras, conformando a prática de saúde na dimensão centrada no profissional, que “praticamente elimina, ou reduz ao máximo, a dimensão cuidadora como componente da ação competente do profissional médico” (MERHY, 2000, p. 113).

É válido qualificar o cotidiano nos serviços de saúde, na sua potencia de criação constante de modos de fazer a atenção e a gestão dos seus processos. Esse mesmo

cotidiano precisa ser entendido como matéria constituinte e, portanto, primordial na construção de novos modos de ser trabalhador nesse contexto, estabelecendo-se como plano formador, portanto constitutivo de sujeitos envolvidos com a efetivação de princípios que afirmem o cuidado, trans-formando, a partir das práticas de saúde, os sujeitos nelas implicados.

Desse modo, ao analisarmos e discutirmos a formação e o trabalho médico, compreendemos que “não se trata de apontar modelos político-pedagógicos ideais, abstratos e dissociados do cotidiano dos processos de trabalho” (NEVES; HECKERT, 2007, p. 17). Mas sim, principalmente, convidar os sujeitos envolvidos no cotidiano das ações em saúde à construção de um *ethos* que se vincule à indissociabilidade entre cuidar e formar-se.

A intenção primeira ao discutir os corredores da emergência nos tempos da formação médica é qualificar em todos esses tempos a potencialidade na construção de uma atitude formadora, que se faz e se refaz nos múltiplos encontros que se operam nos serviços de saúde. A aposta está na formação em seu caráter transdisciplinar, ou seja, “em sua potência de produzir aberturas a novas sensibilidades, dizibilidades e visibilidades que expressam a multivetorialização nos quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde” (NEVES; HECKERT, 2007, p. 17). É na relação entre os sujeitos que o cuidado se efetiva. O cuidado, então, surge como principal aspecto formador nesse contexto, redefinindo os modos de ser e estar trabalhador da saúde.

Neste entendimento, a formação é um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho (NEVES; HECKERT, 2007, p. 3).

#### 4. A ATIVIDADE NO INTERNATO EM QUESTÃO.

*Hoje tentei algumas entrevistas com médicos e residentes que estavam de plantão, marquei com uma residente, mas o dia foi passando e as demandas foram aumentando, o que impossibilitou a entrevista nesse dia!*

*De todo o dia, o que mais me chamou a atenção foi ver os internos tentando entubar um rapaz, morto por choque elétrico, que estava esperando para ser empacotado (é assim que se denomina, em serviço, o processo de preparo do corpo).*

*É interessante perceber o quanto esse procedimento, e tantos outros, são esperados pelos internos. Parece haver uma necessidade muito grande de prática. Porém, o que se tornou evidente nesse processo foi o modo de espera pela realização desses procedimentos e o descontentamento de ficar com o que sobra. Os residentes têm prioridade para fazer os procedimentos, aos internos (em muitos momentos) cabe discutir e digitar prescrições. Na maioria das vezes, eles fazem uma ronda pelos leitos, discutindo, discutindo e discutindo.*

*Chegou a hora de praticar!*

*Cheguei bem perto e vi que eles já estavam tentando entubá-lo. “Levanta o queixo e veja as cordas vocais, depois de passar por elas você pega a via aérea, cuidado para não descer para o estômago!”. Foram algumas vezes, num revezamento*

*dos internos. Sempre que tentava, um dos internos acabava passando o tubo para o estômago! O cheiro que ficava era muito ruim, por conta dos gases estomacais. Ele ficava vermelho, suava muito e suas mãos tremiam! Parece que ele tinha que fazer alguma manobra sobre a língua, e levantar o queixo com o próprio instrumento que passaria o tubo. Era pesado e frágil ao mesmo tempo. “Tem que ser firme, mas não pode ser com força, senão quebra a traqueia”. O preceptor então lança uma observação pertinente ao momento. Com um tom de brincadeira, ele diz as seguintes frases: “Relaxa, o que você precisa aprender é lidar com o corpo. A medicina deve ser a mãe do espiritismo, porque, depois que o sujeito morre, nós não damos mais nenhuma importância pro corpo”.*

*Aquele rapaz não conseguia deixar suas mãos firmes, talvez não compreenda o peso e fragilidade daquele corpo. Talvez nem do seu próprio. Parecia não ter corpo para aquele encontro. Era interessante perceber o quanto eles estavam se experimentando durante o procedimento. Era um treino de si e não meramente a aprendizagem de uma técnica.*

*Uma técnica de enfermagem estava ansiosa para empacotá-lo e ficou tentando apressar aquele interno. Mas, logo depois que ele desistiu, ela pegou o instrumento e tentou passar também. “Olha aqui doutor, é fácil, até eu estou fazendo!” (enfiando o tubo na garganta do cadáver). Ela no final também acabou passando o tudo para o estômago!*

*Logo que deu o horário do almoço, saí para um restaurante com os internos. E logo depois de algumas conversas cheias de termos médicos (dos quais a maioria eu desconhecia), começamos a conversar de maneira mais livre, e logo uma interna me perguntou se eu não iria perguntar sobre aquela fala do preceptor. Eu disse que estava muito interessado em saber como eles absorviam aquele ensinamento. Eles disseram*

*que perceberam minha reação e sabiam que aquilo que o médico tinha dito sobre o corpo era interessante para mim, porque psicólogo é o profissional da humanização e essas coisas. Alguns me disseram que ainda estranham esse tipo de fala, porque querem considerar as histórias daqueles sujeitos e que de alguma maneira ainda não conseguem desvincular o sujeito do corpo. Mas a maioria deles acredita que há uma grande possibilidade de, no decorrer dos anos de atividade, começarem a assumir o mesmo sentido no trato do cadáver.*

*Depois que voltamos à sala dos médicos, eu ouvia a conversa do residente com o interno. “Você ficou muito ansioso, relaxa.” “É assim mesmo, depois de algumas tentativas a gente aprende.” “Que bom ter um cadáver assim disponível pra tentar.” “Eu só fiz no boneco quando era interno. No final das contas, é muito parecido, só que mais molhadinho.”*

*Fiquei um tempo na sala de enfermagem próxima aos boxes. E uma trabalhadora veio me perguntar quem eu era, porque estavam todos muito curiosos sobre mim nos boxes. Lembrei que não fui apresentado nesse plantão e então me apresentei e fui muito bem acolhido. Ela me pediu desculpas pela pergunta e disse que eles estão acostumados com a presença de gente estranha nos boxes. Geralmente, são políticos ou representantes comunitários que entram mandando. Como eu estava circulando sem mandar ninguém fazer nada, até ajudando a segurar soro e essas coisas, elas estranharam. Não sabiam se eu era novato ou político.*

O internato é a etapa do conhecimento em medicina que se faz, geralmente, em hospital público ou privado, vinculado à faculdade, em que os alunos estejam cursando sua graduação. Os alunos, ao completarem o ciclo teórico, entram no ciclo teórico-prático, sendo esse o estágio obrigatório de treinamento em serviço, que é denominado internato médico, por conta do seu regime de visitas e duração. O objetivo principal do



internato é oferecer ao aluno dos períodos finais do curso de medicina uma formação prática generalista, pautando-se nos princípios que garantam uma boa inserção e aquisição de competência técnica aos alunos, para a atuação no processo de saúde-doença, em seus diferentes níveis de atenção e necessidade, além de propiciar a realização de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde (BAFFA, 2008, p. 30).

O internato funciona em regime de rodízio, e geralmente conta com quatro semestres de duração (dois anos). É cumprido rotativamente em clínica médica, cirurgia, ginecologia, obstetrícia, pediatria e, em alguns casos, saúde coletiva e medicina da família. Sendo que, nos últimos dois semestres, o estudante escolhe em qual dessas áreas quer voltar a praticar, a fim de que se torne mais especializado numa dessas grandes áreas da medicina, sendo essa a fase eletiva do internato.

Percebe-se ainda uma grande influência na dinâmica de formação dos médicos em internato das contribuições do modelo flexneriano que, por sua vez, contribuiu para que a educação de médicos se tornasse mais técnica e experimental, estimulando a formação de profissionais mais aptos para a compreensão de evidências científicas. Porém, ainda se mantém a dicotomia temporal e simbólica entre ciências básicas e a atuação clínica que esse modelo fomentou, produzindo uma evidente negligência de alguns aspectos educacionais na prática médica. (AGUIAR, 2001, p. 71).

Por conta desta vinculação com o discurso médico estruturado a partir do saber científico, é visível, no linguajar dos internos, uma proximidade muito grande com o linguajar médico comum aos corredores da emergência. Os internos já respondiam como médicos, falavam com linguajar médico. Não encontram ou não demonstram dificuldade em entender aqueles termos que só eles conseguem pronunciar – capacidade

conquistada a partir dos estudos em semiologia médica<sup>3</sup>. Parecem demonstrar que não lhes falta ciência e sim prática. Precisam apenas construir e afirmar um domínio institucional – de trabalho e não acadêmico. Uma dicotomia que tende a se afirmar por aqueles corredores.

O linguajar característico começa a se modular quando são trocados os interlocutores, e percebe-se isso, por exemplo, quando se referem aos usuários: quando falam com outros internos, os chamam de doentes; quando falam com a equipe de enfermagem, chamam de clientes; quando falam com o professor, chamam de pacientes; quando falam comigo, até tentam chamar pelo nome, e não sendo possível, apontavam o leito.

O discurso competente, reconhecido e autorizado, é cientificista e restringe a linguagem informando que não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se com a linguagem institucionalmente autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar e ouvir, no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar e ouvir e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones das esferas de competência (CHAUI, 1982, p. 7).

Mesmo de olhos fechados, é possível identificar com quem alguns internos falavam. Além das palavras, os modos de fala também se modificavam dependendo com quem se falava. Mas o que é mais significativo nesses discursos é a qualidade técnica-conceitual que se busca introduzir em quase todos os momentos no ambiente hospitalar. Parecia uma exploração de um objeto novo, com o qual se pretendia dominar.

---

3 No contato com os alunos em internato médico, questionei quando, para eles, houve a transformação de seus discursos, agora marcados pelo uso dos conceitos, nomes e lógicas, estruturados pelo discurso científico. Eles responderam que essa transformação se dá durante o estudo de semiologia médica.

A busca da dominação pela produção do discurso competente, pelo especialismo, atravessa os diferentes grupos no hospital. Na formação do profissional de saúde, há uma grande valorização do saber acadêmico, supostamente objetivo e frequentemente empolado. A segmentação por corporação profissional, sempre visível no hospital, garante que cada um fale exclusivamente de e sobre seu domínio de competência (OSÓRIO, 1994).

A medicina, além de uma prática clínica, também fundamenta uma lógica discursiva. Foucault, em *O Nascimento da Clínica* (1977), incita a discussão sobre como a medicina moderna produz um determinado condicionando do campo social, reformulando uma enorme gama de elementos da vida dos indivíduos, pautando-se em relações movidas por saber-poder. Os internos de medicina estão envolvidos pelo processo de aquisição de saber, que se dá na busca incessante pelo conhecimento dos elementos fisiológicos envolvidos no processo de adoecimento do usuário que está acompanhando. Em torno do século XVIII, nas pesquisas de Foucault, houve uma escolha pelo objeto e objetivo da medicina – a doença –, que poderia ser explorada pela objetividade e pelo rigor da investigação científica. Torna-se visível a vinculação do ponto de interesse dos internos, pretendendo-se saber sobre a doença e o adoecimento.

Estrategicamente, ao escolher a doença como objeto, a racionalidade biomédica pode instaurar outra dinâmica nos encontros entre o médico, o residente ou o interno e o paciente. Percebia-se que os internos eram sempre convocados a dizer o que se passava com os pacientes; eram eles que sabiam sobre os pacientes e não os próprios. Ao mesmo tempo em que isso causava certo estranhamento (“É muita responsabilidade”), preenchia os internos de autoridade, autoestima e valor dentro daquele conjunto de relações estabelecidas nos corredores da emergência – “Doutor, dói as minhas costa,

devo estar com problema na coluna. Você não sabe quanto peso eu pego nessa minha vida sofrida!” “Não, senhora, essa é uma dor referida causada por cálculo renal!”.

A transformação do sofrimento em adoecimento pode ser observada como uma nova técnica de gestão dos homens. Nesse ínterim, vida e morte adquirem valor instrumental, uma vez que dizem respeito ao funcionamento do corpo e suas condições de existência.

Os internos ainda estranhavam algumas posturas dos outros médicos em exercício na emergência, tentavam olhar para o sofrimento e não para o adoecimento. Afinal, aqueles eram os primeiros sujeitos postos sob sua corresponsabilidade. Ouviam coisas como: “A medicina deve ser a mãe do espiritismo, porque depois de um tempo a gente começa a nem ligar para o corpo”. Mas não tinham tempo para dar território ao seu estranhamento (tinham que aproveitar os corpos à sua disposição) e, “quando chegassem em casa, tinham que estudar para a prova de cárdio do próximo dia e de renal no outro”. Geralmente sorriam e tentavam fazer o que exigiam, como entubar, mesmo com as mãos trêmulas, aqueles cadáveres.

Sendo o saber e a técnica garantias de boa visibilidade, a preocupação com a avaliação é muito grande. Parece que qualquer comportamento seria avaliado pelos preceptores. Portanto, não havia a possibilidade de errar! O pensamento no erro parece ser um elemento muito presente durante a atividade médica, praticamente uma constante. Parece ser durante o internato que esse modo de pensar e agir começa a se instaurar. Qualquer incompatibilidade entre o discurso operado pelo interno com o daqueles corredores tende a ser produtor de culpa e desqualificação.

A formação do profissional médico é constituída pela necessidade imposta pelo campo da aquisição de capital teórico, já que os rituais reguladores da ascensão profissional e social impõem avaliações e provas de extenso conteúdo abstrato e não

prático. Se quiser ascender na estrutura do campo, galgando papéis de prestígio, o neófito terá de atravessar todas as especificidades dos rituais de instituição (provas e concursos) para ser admitido na comunidade dos doutores, de fato (SABINO, 2011).

Por representar a última etapa da formação escolar do médico geral, o internato surge, quando bem estruturado, com o intuito de construir a capacidade de resolver, ou bem encaminhar, as situações e intervenções de saúde que sejam necessárias à população, assim como oferecer oportunidades para ampliar, integrar e aplicar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso de graduação; ampliar e aprimorar o uso das técnicas, a fim de que essas habilidades, indispensáveis ao exercício da medicina, concretizem-se. O internato também tende a promover o aperfeiçoamento, ou aquisição, das atitudes adequadas à assistência aos pacientes e à equipe de profissionais com os quais estabelecerá relações de trabalho, possibilitando uma prática de assistência integrada e interativa com os diversos profissionais da equipe de saúde. O contato com o processo e mercado de trabalho também surge como valiosa experiência no internato, por proporcionar uma experiência acadêmico-profissional hospitalar e extra-hospitalar (BAFFA, 2008).

Pode servir, também, como estímulo ao interesse do aluno pela promoção e preservação de saúde, pautando-se na consciência de suas limitações, ampliando suas responsabilidades e deveres de acordo com a ética médica, perante o paciente, a instituição e a comunidade, aprimorando seus hábitos e atitudes, fortalecendo a concepção de que é necessário o aperfeiçoamento profissional de maneira continuada.

O aprendizado construído no internato é cercado de relações que convocam os estudantes à observação, discussão e experimentação do mundo do trabalho. Assim como, a estruturação dos processos de trabalho do médico; como são vivenciados os mecanismos organizacionais da clínica em medicina; a regulação permanente dos

aspectos clínicos no ato de cuidado; a experiência do trabalho em equipe, assim como o trabalho multiprofissional, construindo competências de desempenho que o coloquem compatível com o exercício do trabalho médico (VILARDO, 2011). Processo valioso para a formação de profissionais aptos a lidar com um trabalho cercado de adversidade.

Botti (2009) informa essa realidade da ampliação relações dos internos durante o internato. Nele, os alunos não contam mais quase que exclusivamente dos professores, mas também lidam com usuários e preceptores (BOTTI, 2009). Porém, afirmamos que o campo relacional se amplia ainda mais. O campo relacional é um pouco mais amplo: constituído por preceptor – alunos – professor – trabalhadores – usuários e redes sociais, tornando ainda mais complexo o processo de ensino e de aprendizagem, podendo compor uma experiência situada, onde quem ensina e quem aprende se mistura num único processo, o cuidado (VILARDO, 2011).

A possibilidade de transformação do conceito de saúde instaura nos aspectos do cuidado a afirmação de parceria e construção em rede; reconstruindo os sentidos do cuidado; ampliando a responsabilização desse a partir de uma cogestão, em que os protagonistas se confundem, e os sujeitos surgem em pé de igualdade no cuidado (profissional/paciente/professor/estudante), operando um manejo clínico a partir do diálogo, do acolhimento, da participação social, do vínculo e da corresponsabilização, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde Brasileiro, o SUS.

Um ponto a ser valorizado nesta discussão surge embasado nas contribuições de Canguilhem no questionamento sobre o normal e o patológico. Apostamos no reconhecimento da saúde em caráter normativo da vida e em sua potência de criação, entendendo também que “O estado de doença constitui, portanto, uma norma de vida inferior, incapaz de se transformar em outra norma de vida, e o doente seria aquele que teria perdido a capacidade normativa por não poder mais instituir normas diferentes sob

novas condições” (CANGUILHEM, 1990). Levamos em consideração essa potente característica do ser vivo, que, frente à variabilidade da vida e infidelidade do meio, produz constantes novos modos de caminhar (CANGUILHEM, 1990).

Afastamos nossa intenção de qualquer estratégia capitalística de valorizar a criação e a potencialidade da atividade humana por um viés mercantil. Afirmar a inventividade humana é qualificar a capacidade de construção de movimentos mais saudáveis de ser e estar no mundo, que não se diferenciam dos modos de ser e estar no trabalho. Esta discussão não assume qualquer caráter paliativo, tentando “forçar a barra” de olhar aquilo que há de belo no meio de processos laborais densos e desqualificantes, mas incita, necessariamente, a construção e ampliação de outro ponto de vista, para além da visibilidade do que se produz em comparação, quase sempre faltosa, do que se espera da tarefa; somos convidados a estabelecer o ponto de vista da atividade.

#### **4.1 - Internato não é trabalho, mas é atividade!**

O ponto de vista da atividade nos convida a realizar uma análise dos processos que entram em jogo para que um trabalho tenha sido realizado. Afirmando que todo trabalho comporta uma dimensão não previsível e, portanto, nenhum trabalho é só execução (SCHWARTZ, 2000).

Essa abertura é o incentivo às renormatizações, que fazem parte da produção e que podem transformar e interferir em todo o processo de trabalho, tornando esse mais potente e produtivo. A partir desses pressupostos, valorizamos o processo de trabalho do internato médico como campo de problematizações, e o que ganha sentido é a apreciação desta atividade em seu caráter real (SCHWARTZ, 2000).

A atividade não é somente aquilo que se faz. O real da atividade é também o que não se faz, aquilo que não se pode fazer, o que se tenta fazer sem

conseguir – os fracassos – aquilo que se desejaria ou poderia fazer, aquilo que não se faz mais, aquilo que se pensa ou sonha poder fazer em outro momento. É necessário acrescentar aqui – um paradoxo frequente – atividade é aquilo que se faz para não fazer o que tem que ser feito ou ainda o que se faz sem desejar fazer. Sem contar o que deve ser refeito. A atividade possui então um volume que transborda a atividade realizada (CLOT, 2001, p.02).

O trabalho constitui-se, então, em meio a dois processos: o que envolve valores, regras, procedimentos e prescrições, que são denominados como normas antecedentes e outro, mais ligado ao cotidiano, que se efetiva quando se é convocado a estabelecer novas produções em resposta à variabilidade, que são chamadas de renormatizações da atividade. Este percurso merece espaço de problematização e visibilidade (SCHWARTZ, 2000).

Aproximamo-nos, então, do conceito de variabilidade, que aparece enquanto característica intrinsecamente ligada a qualquer atividade, na medida em que o homem, no trabalho, também exerce a sua capacidade de transformação (SCHWARTZ, 2000).

É preciso subverter a concepção de gestão centralizada e fragmentada, associada à função/cargo de gerentes e identificar e apostar na gestão que é feita por todos os trabalhadores, sejam esses pertencentes a qualquer categoria profissional, partindo de situações concretas, da atividade, deslocando o olhar de situações abstratas, ideais, afastadas do que é vívido e vivido nesse ambiente e com isso trazer ao debate questões do cotidiano de trabalho e do contemporâneo.

Para tanto, recorremos ao que há algum tempo a ergonomia, principalmente a ergonomia situada, iniciada na França, tem-nos apontado como estratégia. E também ao que alguns pensadores, como Schwartz, Clot, Canguilhem, dentre outros, produzem conceitualmente e que nos ajudam na construção desse outro modo de olhar o trabalho e a atividade humana.

Partimos das situações de trabalho, o que engloba desde o ambiente físico, em suas manifestações materiais, até a dimensão histórica da atividade, em suas instâncias



macro e micropolíticas, investindo em muitos quesitos que, inevitavelmente, estão ligados à atividade, mas que se perdem quando se privilegia a tarefa como trabalho.

Vejamos mais alguns trechos dos diários de campo que trazem como questão algumas situações de trabalho vivenciadas pelos internos de medicina.

*O dia estava “normal” – muitos pacientes graves dentro da alta complexidade, lugar em que fico mais – onde tenho maior contato com os trabalhadores. Os corredores são mesmo lugares de passagem, não se notam muitos profissionais disponíveis para o atendimento no corredor. Geralmente, os usuários dos corredores precisam somente de acompanhamento e tempo de espera para estarem mais fortes para irem embora – os procedimentos comuns são trocas de soro e aplicação de medicamentos nas horas indicadas nas prescrições. Tanto que quase não me percebo sendo percebido nos corredores; os usuários devem ter se acostumado com trabalhadores andando e nunca parando. Na alta complexidade, os profissionais ficam atentos quase o tempo todo, fazendo procedimentos mais invasivos, como entubar, acesso profundo, drenagem de derrame pleural, sondas e coisas do tipo.*

*Fiquei um tempo parado, só olhando os trabalhadores, numa bancada de mármore que divide os lugares onde ficam dois leitos em média. Fiquei ali observando e uma interna de medicina encostou-se à mesma muretinha em que eu estava e começou a puxar papo comigo. Ela disse que estudou até o sétimo período de psicologia e depois largou. Fez vestibular de medicina e trocou de curso. Falei um pouco da minha pesquisa e ela pediu para que eu tentasse observar algumas coisas com os olhos dela – achei interessante a atividade e resolvi topar. Não deu para gravar, pois estávamos do lado de um respirador e um monitor de sinais vitais e ficava difícil a escuta do que falávamos. Relatarei brevemente o que ficou daquela experiência:*

*Ficamos um bom tempo vendo as coisas por ela ditas normais. Até que discutíamos sobre a relação com a morte (uma paciente parecia agonizar e perguntei se ela estava mesmo agonizando, pois eu me lembro de alguns pacientes com aquele modo de respirar no hospital da UFF. Quase todos morreriam em breve). Discutimos o contato e a visibilidade da morte como algo mais possível e comum (no sentido de terem mais contato) aos profissionais de saúde do que a outros profissionais. “Quando algo importante se torna muito possível, nos acostumamos com ele, exatamente por ser possível e então esse possível perde um pouco sua intensidade. Como vemos a morte toda hora, nós não sofremos ou nos importamos mais com ela do mesmo modo, ela se torna comum! Veja meu pai: ele sofre direto com problemas do coração, e antigamente eu ficava toda ansiosa quando ele ia para o hospital, mas hoje eu já vou mais tranquila, afinal ele escolheu bastante coisa na vida que fez com que ele fosse hipertenso e diabético; isso é só consequência do que ele escolheu pra ele. Sempre disse para ele parar com algumas coisas, mas ele nunca parou. Lógico que eu não quero que ele morra, mas se ele morrer eu tenho certeza que lidarei melhor com isso!”. Logo chamou a minha atenção para as moscas! Fiquei curioso... Ela disse que a paciente ainda não estava rodeada de moscas – disse haver estudos que indicam a presença de moscas próximas às pessoas em agonia e moribundas. Ela disse achar que a morte deve ter um cheiro perceptível às moscas. “Encheu de mosca, batata, ou já morreu ou está para morrer!”. Não procurei por estes artigos; o relato é mais importante que sua veracidade.*

#### **4.2 – Encontro com a morte.**

O contato direto com a morte é um processo que constantemente traz uma inquietação. A sociedade ocidental contemporânea trabalha com a morte no sentido de suprimi-la de seu cotidiano. De forma geral, o discurso que se opera sobre o contato com a morte é que ela nos apresenta e comprova nossa finitude, nosso limite. Nesse sentido, a medicalização do morrer e da própria morte surge como estratégia para a produção desse afastamento – a morte agora não é mais domiciliar e pública, tornando-se algo institucionalizado e privado (ARIES, 1989), no qual só resta a solidão do doente em seu leito de morte, assistido por aparatos tecnológicos que garantam, de certo modo, a assistência entendida como primordial ao doente, algo que garanta sua respiração, batimentos cardíacos etc. “O tradicional morrer não ocorre mais no leito em domicílio, com o enfermo assistido por familiares e pessoas amigas; passa a acontecer em instituições médicas, tendo como companhia equipamentos e profissionais atarefados” (MARTA et al., 2009).

A morte tornou-se cada vez mais solitária e, por isso, assustadora. E sua hospitalização parece ser uma estratégia de não lidar com ela. A morte torna-se elemento do processo de trabalho no hospital. Os aspirantes a profissionais do cuidado, portanto, combatentes da morte, parecem aceitar a dessensibilização e à banalização da morte, cujas consequências transformam as relações estabelecidas entre profissional de saúde, usuário, corpo e familiar enlutado. O distanciamento médico-paciente agora se torna prescrição, garantindo, ou tentando garantir, menos afectação por parte do profissional à dor, a morte e ao morrer.

*Fiquei numa muretinha de mármore, parado, só observando e tentando descansar os pés, que já doíam naquela altura do dia. E parece que aquele lugar ganhava mais sentido a cada vez que permanecia por ali. Parece estranho, mas, em*

*meio à correria toda do hospital, minha “tranquilidade” me fez perceber como alguns pacientes dormem. Ficavam com suas bocas abertas dormindo um sono quase invejável. Fazer o quê em meio a isso tudo? Dormir talvez seja uma boa alternativa. Percebi uma estranha maneira de “tirar um som”! Fiquei um tempo observando um velhinho. Ele estava raspando uma garrafinha de água, daquelas onduladas, no eletrodo que estava grudado no seu abdômen. Achei que era só coceirinha, mas não! Ele parecia tentar “tirar um som” daquilo, como se fosse uma casaca. Achei muito interessante! Logo um policial começou a conversar comigo e perguntou o que era aquilo! Pensamos e falamos quase que ao mesmo tempo. “Ele parece estar se divertindo!”. E logo ele falou: “Deve ser o único”. Então, olhou para os outros velhinhos que pareciam muito graves e de mansinho saiu de perto de mim, não falando nada mais! Foi para os corredores.*

*Depois de um tempinho, um interno de medicina se aproximou de mim. O paciente que ele estava acompanhando era o usuário que estava sobre custódia, portanto sendo acompanhado pelo policial que estava falando comigo. Fez algumas perguntas sobre o policial e me disse um pouco do caso do seu paciente, que estava com as duas pernas quebradas por causa de um acidente de moto no qual morreu sua namorada. Por estar dirigindo sem carteira, estava preso. Depois dessa conversa, vimos uma boa quantidade de médicos entrando na emergência. Percebi que o interno sabia que era algo importante. Logo se encostou a mim, ficou com os braços muito próximos aos meus naquela muretinha e me disse: “Deixa eu te explicar o que vai acontecer aqui!”. Eu prontamente me coloquei à disposição de escutá-lo. Disse que eles estavam a decidir se um usuário iria ou não fazer uma cirurgia muito complexa. Era uma discussão do caso, na frente do caso. Tinham muitos médicos, clínicos gerais,*

*especialistas clínicos, residentes, cirurgiões e alguns internos que conseguiram uma “vaguinha” no meio daquela gente toda.*

*Logo fez questão de me explicar a dinâmica de poder que ele percebia naquele encontro. Dizia que os clínicos gerais, os que mais permanecem na emergência, ficam em desvantagem naquele encontro. São os que mais sabem do caso, mas, como não são especialistas, têm sua voz reduzida ao relato de elementos que valerão aos especialistas e aos cirurgiões que decidirão se irão ou não fazer o procedimento no paciente. Pedi para que, se possível, identificasse para mim uma escala do poder na relação médica estabelecida naquele encontro. Ele me disse que os internos são os que têm menos poder na ordem médica (porque ainda são estudantes), seguidos de residentes ou clínicos (dependendo se o residente estiver no início ou no final da residência), depois vêm os especialistas e por último os cirurgiões.*

*Perguntei o que ele queria fazer depois que se formasse e ele prontamente me respondeu: “Eu preciso ser cirurgião!”.*

#### **4.3 – Poder.**

Em *O nascimento da medicina social*, Foucault (1979, p. 96) anuncia que os doentes tendem a perder “o direito sobre o seu próprio corpo, o direito de viver, de estar doente, de se curar e morrer como quiserem”. O poder médico assume caráter fundamental na construção de modos de vida e na imposição de condutas terapêuticas. O sujeito pode perder sua governabilidade, o poder sobre seus aspectos e escolhas de vida. O que se opera é, talvez, um governo da realidade presente de cada sujeito, sua singularidade.

A afirmação da qualidade científica no exercício médico tende a levar o próprio médico a assumir uma posição de maior pertinência na decisão dos processos e procedimentos vinculados à patologia do paciente e, por conseguinte, diante do próprio usuário, que passa a ser envolvido por procedimentos geradores de submissão e tutela.

Segundo Martins (2004), parece ser “algo da ordem de uma abdicação temporária – enquanto for ‘seu paciente’ – de sua autonomia, de seu poder de reflexão sobre si mesmo, de decisão sobre si, de conhecimento intuitivo e, sobretudo, vivencial de si mesmo”. Reconhece-se um risco neste processo, do sujeito ser reduzido à sua organicidade, fomentando vínculos somente pela falta de normalidade do funcionamento orgânico – sua patologia. Esse recorte produz uma terapêutica restrita, orgânica e organizada por outrem – o médico.

É esse mesmo médico que assume mais poder a cada nível de preparação científica que galga, portanto mais carregado de verdade. O médico se afirma e é afirmado pelo discurso da “verdade científica”, que lhe serve como instrumento no exercício de poder. De um modo ou de outro, os internos de medicina já o experimentam, e o entendem pela ordem do direito, necessário e inevitável à sua própria conduta futura como médico.

Para tanto, quanto maior a experiência e ciência dos aspectos relevantes ao processo de adoecimento dos sujeitos, maior é o seu lugar e maior a possibilidade de exercício de poder. É assim que se percebem alguns dos internos de medicina – sedentos de experiência, ansiosos pelo poder.

#### **4.4 – Interesses e negociações.**

*Entro no hospital, agora já com uma nova percepção dos corredores. Já tenho maior contato pelos dias que estive aqui. Adentrar o hospital traz a percepção de que a fachada do hospital é bem ambientada, mas é só a fachada. Os corredores são comuns aos de grandes emergências, ou seja, lotados.*

*Muitas pessoas ficam nos corredores. Os cliques com esparadrapo aqui são comuns. As condições de trabalho, por vezes são caracterizadas pela precariedade de algumas condições. Discutirei isso com os meninos.*

Os aspectos físicos do hospital em questão foram problematizados e discutidos com os internos de medicina. Disseram não ser novidade para eles que as condições de ambiência dos hospitais públicos sejam, de alguma maneira, precárias e/ou impróprias para o exercício de formação. O caráter que o assunto sobre a ambiência assumiu foi sobre as condições da formação e não o atendimento aos usuários. Parecem estar muito sedentos de conhecimento, que os aspectos relacionados à ambiência que melhoram as condições do cuidado ao usuário não foram tomados de interesse pela maioria daqueles internos com os quais estive naqueles meses. Suas reclamações e lutas eram sempre marcadas de interesses próprios de conseguir cada vez mais procedimentos a fazer. As regulações das condições de trabalho, voltadas ao usuário, pareciam estar mais ligadas ao exercício da enfermagem. “Elas criam estas coisas para ver se melhoram um pouco os problemas de falta de material daqui.”

*Logo depois de um tempinho, percebi que os internos tinham criado uma estratégia para garantir que todos fizessem os procedimentos de maneira igual. Antes dessa criação, os internos ficavam corresponsáveis por alguns procedimentos de alguns leitos; cada interno ficava com um ou mais leitos. Porém, alguns internos tinham “mais sorte” que outros, quando os casos que ficavam sobre sua corresponsabilidade estavam piores, portanto precisavam de mais procedimentos.*

*Aqueles meninos pareciam habitar um “paradoxo desejante” – pareceu-me óbvio que nenhum deles queria o mal a qualquer paciente, mas, quando alguém piorava e precisava de seus cuidados, eles se enchiam de alegria e iam contentes para se tornar mais médicos!*

*Como foi a estratégia criada por eles? Agora não mais eram separados por leitos (e nomes) e sim por procedimento. A tabela, que agora fica grudada na parede, é composta por nome do interno e procedimento já realizado. A demanda que surge é posta em análise pelos internos e quem já realizou o procedimento deve passar a vez a quem não fez. “Quem vai agora para a sonda é Fulano”. “Eu já fiz duas punções periféricas, pode fazer essa!”, e assim se reorganizou o processo de trabalho de alguns daqueles internos que passaram correndo pelos corredores daquela emergência.*

Logo, aqueles internos viabilizaram uma condição de trabalho que reafirmou o viés biomédico de cuidado com o sujeito. Em sua nova tabela, o nome perde valor (e some) e a técnica ganha mais importância no ato de formar-se em serviço.

O alvo do interesse médico, a partir da produção e afirmação da racionalidade biomédica, passou da história da doença para uma descrição técnica e científica dos achados e instrumentos da medicina. Como diz Barros (2001), as mudanças na prática médica foram se transformando de uma abordagem biográfica, na qual se investigava o processo gradativo do adoecer e suas interferências no modo de vida do sujeito, para uma nosografia, em que o valor da investigação médica está em descobrir onde está o agente causador da patologia e na produção de técnicas que deem conta de intervir eficazmente no seu vetor. As descobertas da medicina moderna foram sendo gradativamente validadas pela própria racionalidade biomédica.

Ao radicalizar sua lógica pela racionalidade biomédica, impulsionado a maioria dos seus pressupostos éticos e técnicos pela cientificidade, a medicina ocidental



moderna tem construído o que Triana (2004) chama de uma cilada para si própria. A partir da década de 1970, mas principalmente na década de 1990, com a ampliação e afirmação da Medicina Baseada em Evidências (MBE), ganha sentido o que pode ser ancorado na literatura médica, aprofundando, de certo modo, dentro da própria prática médica, um possível abismo entre o médico e o paciente.

Aqueles corredores operavam nos internos um desconforto notável. Muito do que viam não era previsto nas teorias sobre as emergências médicas, não cabia no livro rosa<sup>4</sup> que carregavam para cima e para baixo. Muitos internos eram colocados em ocasiões em que suas palavras faltavam, não necessitando apenas encaixar o discurso dentro da semiologia médica, por exemplo. Os usuários não apresentavam demanda de conceitos, e, no final das contas, para muitos, só o medicamento também não bastava. Aqueles dias torceram o corpo daqueles internos e os colocaram no centro da problemática separação (acadêmica) entre a teoria e a prática, entre prescrito e real.

---

4 SCALABRINI NETO, Augusto; VELASCO, Irineu Tadeu; MARTINS, Herlon Saraiva; BRANDÃO NETO, Rodrigo A. **Emergências clínicas** – Abordagem prática. 7ª. Edição. Editora Manole. 2012.

## **5. TRABALHO NA RESIDÊNCIA MÉDICA.**

A produção de processos de trabalho estabelecidos na residência médica vinculados à racionalidade biomédica também intervêm, significativamente, na aquisição de competências para lidar com as complexidades e dificuldade do próprio trabalho médico. Exemplo disso são os quesitos levantados por Botti (2009, p. 40), como as relações com a adesão ao tratamento; a autonomia do usuário no processo de cuidado; educação em saúde; sofrimento e dor; morte e morrer; assim como o direito à informação. Além de ser, quase que exclusivamente, realizada no hospital.

Essa formação tradicional é basicamente centrada em hospitais, com grande ênfase na atenção terciária e na especialização. Isso geralmente vem acompanhado de uma distância do que é comum e prevalente, além de impedir o acompanhamento de toda a evolução dos casos. O professor, especialista na maioria das vezes, tenta ensinar o máximo de conteúdo da sua disciplina, sempre achando que ela é a única importante e nem sempre considerando o conhecimento que o estudante traz consigo e nem a relação que ele faz, do que aprende, com o mundo em que vive (BOTTI, 2009, p. 40).

Nas buscas que relacionam condições de trabalho e atividade de residência médica; subjetividade e residência médica; psicologia e residência médica, em bases de dados como Scielo, Periódicos CAPES, LILACS e Google acadêmico, obtive resultados que constantemente estavam relacionadas às condições de trabalho causadoras de sofrimento psíquico, produtoras de condições como Burnout, Coping, estresse, sintomas depressivos, sonolência etc. Logo, ficou evidente que os interesses nos aspectos concernentes à produção de sofrimento têm ganhado maior valor nas pesquisas relacionadas à atividade de formação em residência médica.

Porém, uma questão nos pareceu singular nessa problemática, na qual buscaremos discutir, é o poder de agir. Embasados nas contribuições da clínica da atividade (CLOT, 2001), principalmente a partir de Bendassolli (2011, p. 69), ao ampliar e desenvolver a “hipótese de que o sofrimento no trabalho é causado, principalmente, pela amputação do poder de agir do sujeito, e não pela incapacidade deste último de fazer face às exigências da organização do trabalho”. Parece haver uma grande exploração nas pesquisas sobre a atividade na formação em residência médica que valorizam os riscos laborais, excesso de atividade, condições de trabalho etc., bem como riscos psicossociais. Nossa aposta se dá na visibilidade e afirmação dos aspectos envolvidos pelo sujeito em sua ação e na construção de regulações das condições de trabalho em prol de modos mais potentes de ser e estar no mundo e no trabalho. O receio primordial que surge ao analisarmos a atividade em residência médica é a composição de processos de trabalho que incorram na perda do poder de agir e a

convocação para o estabelecimento de práticas reproduzidas, portanto não negociados e geridas pelo próprio sujeito, mediante as situações específicas de cada ato em saúde. Tirando do sujeito, neste processo, seu valor como sujeito da ação. Passando, então, a ser exigido somente como sujeito da reprodução.

Para ampliarmos a discussão sobre poder de agir na residência médica, vale expor uma diferença importante que pode romper com alguns estranhamentos possíveis, tendo em vista a larga e extensa discussão sobre o poder médico. Poder de agir não tem o mesmo significado de poder para a ação ou poder da ação.

É possível identificar em Foucault (1979) que a medicina assumiu um lugar muito bem estabelecido na dinâmica de poder sobre os indivíduos. A vinculação da medicina com a ciência e a afirmação do saber científico como o mais valioso para o processo saúde-doença ampliou o poder da prática médica, que passou a ser o protagonista na luta contra as patologias. Agora é o médico quem tem a capacidade de identificação da doença e, por consequência, sua cura. Foucault (1979) sugere que o fator mais importante nesse contínuo processo de afirmação do poder foi o extenso exercício da medicina inserido na tentativa de transformação do hospital em um local salubre, tentando diminuir os efeitos negativos do hospital. Essa preocupação dos médicos fundamentou o processo de medicalização do hospital, que agora se transforma no mais propício território para a afirmação de sua lógica e poder.

Logo, não falta lugar para os médicos no hospital, mesmo os residentes, que circulam com facilidade pelos corredores, como se fossem filhos ilustres, tendo suas questões e discussões largamente acatadas pelos trabalhadores com os quais dividem seus espaços de trabalho. A discussão envolvendo o poder de agir na formação em residência médica aprofunda-se ainda mais no processo de construção de autonomia e

avança nas concepções centradas no exercício médico como gerador de prescrições, assim como seu lugar institucional. Logo, eles têm muito poder para agir.

Porém, o poder de agir é concebido a partir de outra concepção de autonomia. A clínica da atividade amplia as condições de investigação sobre sofrimento no trabalho, saindo de concepções centradas em aspectos psicológicos ou em levantamentos meramente organizacionais. O sofrimento no trabalho seria resultante de uma “atividade contrariada, um desenvolvimento impedido” (CLOT, 2001). Seria um processo impeditivo de autonomia, quando, na organização do trabalho, os exercícios da atividade são regidos por prescrições exteriores as próprias situações de trabalho. Prescrições que tendem a inferir-se como exigências duras, não negociáveis aos que estão em atividade. Estreitando a atividade a meras reproduções burocráticas de ordens exteriores, portanto, constantemente incompatíveis com as condições reais encontradas a cada situação de trabalho.

A residência é construída numa prática de aprendizagem cotidiana considerada pelo seu valor de modalidade de treinamento em serviço. É inevitável que também é um dispositivo importante para a aquisição progressiva de atributos técnicos e relacionais, pré-requisitos marcantes para o desenvolvimento do saber e da prática da medicina. Porém, não pode ser considerada simplesmente como uma prática pura, endurecida pelos saberes e técnicas formais, impossibilitando a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos, mesmo em formação. A exposição a inúmeras situações e demandas na própria dinâmica da residência precisa ser considerada como elemento formador. Sua relevância rompe com vinculações artificiais ou artificializadas entre sujeitos em seus encontros. A residência médica deveria surgir com o convite para a produção situada de conhecimento e não somente como uma longa preparação para o dia a dia profissional do médico especialista.

O cenário comum à residência médica (o hospital) pode ser compreendido como um importante dispositivo à experimentação da prática médica impulsionada pelos aspectos do cuidado, criados pelos conhecimentos que partem das próprias situações, no sentido de viabilizar a contextualização dos conhecimentos, assim como a capacidade de negociá-los quando necessário.

Vale valorizar o caráter multifatorial e multideterminado desta atividade, assim como apostar na expansão e produção de vínculos entre os sujeitos a partir de um encontro singular, rompendo com a construção de processos de cuidado pautados na imitação, na repetição e na tarefa.

Transformando a função da residência médica do treinamento e alterando posturas de sujeitos que reproduzem e imitam valores institucionais em voga, afirmando a prática na residência médica como exercício de formação de si, qualificando o estado aprendiz como modo de ser e estar na residência médica.

### **5.1 – Residente aprendiz.**

Pretendemos atualizar o conceito de formação como uma constante abertura dos sentidos aos processos que não foram necessariamente vistos com antecedência, problematizados e protocolados como pertencentes a determinada função.

Neste entendimento, a formação é um processo que extrapola o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em dada realidade. Formação significa, sobretudo, produção de realidade, constituição de modos de existência – portanto, não se dissocia da criação de modos de gestão do processo de trabalho (NEVES; HECKERT, 2007, p. 17).

Formação seria um processo ininterrupto. A residência seria mais um dos elementos desse incessante processo de construção de novos modos de ser e estar no trabalho, algo que potencialize a singularidade ao invés da padronização dos corpos, produção de sujeitos em massa. A aposta se dá pela via da inventividade, da disposição

para a investigação do mundo a partir de olhos desnudos, porém prudentes. O principal conhecimento adquirido durante a residência talvez seja o da produção de uma postura ético-estético-política de enfrentar a sua responsabilidade profissional. “Trabalho e formação podem, também, ser campo de produção de novos possíveis, de fabricação de aprendizes-inventores” (NEVES; HECKERT, 2007, p. 19).

Assim como Lima e Minayo-Gomes, utilizamos a concepção de aprendiz enquanto aquele que “ocupa-se de si”, identificando o estado de iniciação profissional da residência médica nesse mesmo processo. Nesse sentido, o aprendiz atuaria:

Como um experimentador de si mesmo que busca, fundamentalmente, produzir sentidos, uma vez que, em sua postura própria, não há mundo naturalmente objetivado. Aprender é a arte fundamental, é ignorar os sentidos comuns dados pela civilização. Essa arte deriva sempre de uma experimentação (LIMA; MINAYO-GOMES, 2003, p. 933).

Ocupar-se de si, portanto, não seria ensimesmar-se, no sentido de uma declaração do que lhe pertence, mas sim colocar-se disponível à criação, à diferenciação, à experimentação.

Nesse sentido, parece-me que a questão não é propriamente a de nos resgatarmos em nível de nossa individualidade, pois poderíamos ficar girando em torno de nós mesmos, como se estivéssemos com uma terrível dor de dente sem poder desencadear processos de singularização em nível infrapessoal, nem em nível extrapessoal, já que para isso é necessário se conectar com o exterior (GUATTARI, 2005, p. 47).

Estabelecer encontros no trabalho, na concepção de aprendiz experimentador de si, é colocar-se no jogo da produção de subjetividade e ousar habitar o segundo movimento ou extremo identificado por Guattari ao falar de subjetividades capitalísticas em:

O modo pelo qual os indivíduos vivem essa subjetividade oscila entre dois extremos: uma relação de alienação e opressão, na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe, ou uma relação de expressão e de criação, na qual o indivíduo se reapropria dos componentes da subjetividade, produzindo um processo que chamaria de singularização (GUATTARI, 2005, p. 42).

Não estamos falando de um movimento de desprendimento dos saberes formais, das normas antecedentes à atuação profissional, ou desqualificando bases curriculares. Estamos insistindo que a formação ultrapassa a transmissão de conhecimento técnico-científico e se inscreve, também, na invenção e na incitação da construção de processos de afectação e criação, na afirmação de que algo se inscreve no cotidiano. Muitos conhecimentos se fazem situados, respondendo ao imprevisível, pois tornam mais visíveis e palpáveis os novos modos singulares de ser e estar na vida e no trabalho, que ganham força e assumem territórios.

## **5.2 – Mais humano**

Porém, o que ainda nos chama a atenção é a própria vinculação dos residentes ao prescrito. Pareceu haver certa incompatibilidade com a prática médica a renormalização, mesmo que esta se efetive, necessariamente, na atividade, gerando a invisibilização da mesma. Quando há a criação de estratégias para lidar com o real da atividade, estas criações são desqualificadas e os sujeitos se colocam em processo de desapropriação da inventividade na atividade. O que se tornou muito comum nos discursos dos residentes é a afirmação de suas práticas, quando não vinculadas aos protocolos existentes, ao que denominam de desumanização. A renormalização ou a criação no contexto da atividade de cuidado no exercício do residente não é valorizada e o que parece ser um contrassenso se torna naturalizado nos discursos. O trabalhador de medicina que lança mão de sua criatividade em prol da regulação das adversidades comuns no serviço de



urgências e emergências do hospital em questão, como falta de material, medicamentos, procedimentos diagnósticos etc., coloca-se como menor e menos humano.

*Mais uma vez sou surpreendido com o assunto humanização. Estavam dois residentes de medicina no posto da medicina quando entrei. Logo me apresentei e disse o tom de minha dissertação e eles prontamente disseram que eu deveria estudar os problemas emocionais e/ou psicológicos dos estudantes e residentes em medicina. Parece haver uma grande preocupação com esse assunto. Após certo tempo de conversa, eles me questionaram sobre a dissertação e disseram estranhar que não era evidente o tema humanização no meu discurso. Disseram que identificam os psicólogos como os profissionais da humanização, que, sempre que encontram com um, são convidados a falar sobre a humanização, assim como quando estudam alguns aspectos da psicologia na graduação esse tema também é recorrente. E comentaram que, de certa forma, estão acostumados a discutir a distância necessária entre médico e paciente. Parece haver uma aceitação do adjetivo desumano em suas práticas. “Precisamos nos tornar um pouco desumanos para que a gente consiga enfrentar toda a dureza da prática médica. Muitas vezes, nós não temos condições de fazer o que deveríamos fazer. Então, precisamos aceitar e fazer as coisas que são possíveis de fazer, mesmo sabendo que não é o melhor a ser feito. Tem que ser um pouco desumano para desconsiderar que você sabe sobre aquilo que deveria ser feito e como deveria ser feito para o paciente em prol do que dá para fazer. Somente desumanizando dá para aceitar fazer o mínimo.” “Esse distanciamento – produzido pela desumanização – também garante, de certa forma, que as perdas estabelecidas durante a prática não interfiram muito na nossa saúde mental. Imagina você perder muitos vínculos diariamente? Vocês da psicologia sabem muito bem como é o luto!” “Seria ótimo ser mais humano, parar para ouvir e acolher, mas o tempo e a dinâmica do trabalho*

*médico não permitem esse tipo de vinculação. Por isso, ouvir, escutar e acolher o que excede aos elementos médicos fica a cargo dos outros trabalhadores, que constantemente têm menos exigências de trabalho, como vocês, psicólogos.” Pedi para que eles me dissessem algo que para eles justificaria a aceitação desse tipo de adjetivo e eles logo me trouxeram algumas situações de trabalho, em que o aspecto desumano da atividade médica estaria envolvido. Disseram que, muitas vezes, não há como fazer um bom diagnóstico do paciente, algumas vezes a máquina de tomografia não está em funcionamento ou a fila de espera está grande demais e eles têm que fazer “prescrições às cegas”, sendo pautado somente no exame físico e na experiência com os sintomas evidentes em casos parecidos. Perguntei se suas prescrições “às cegas” geralmente dão certo e eles responderam que até o momento não tiveram nenhum problema evidente com relação a esse tipo de prescrição não. Explicaram que entram em contato com essa dificuldade ainda na graduação, mas que agora, na residência, são convocados a responder por ela, porque agora estão formados e têm governabilidade para escolher como cuidar de alguém, sob a orientação de um preceptor.*

Botti (2009) incita a discussão sobre o exercício prudente da medicina, atribuindo ao médico o dever de estabelecer uma compreensão precisa e completa do sujeito, conhecimento profundo e pessoal da história de usuário que o procura, assim como a capacidade de ouvir e escutar, de ter empatia, compromisso e respeito. Porém, o que parece ser mais requerido nos processos de construção da *expertise* médica é a identificação das informações colhidas do paciente a partir da racionalidade biomédica, que valoriza o saber científico em detrimento do saber relacional, e os dados pertinentes no encontro médico-paciente são vislumbrados pela construção de um diagnóstico preciso, que proporcione o desenvolvimento de estratégias concretas de ação a cada caso, embasadas em longos e, praticamente, indiscutíveis protocolos médicos.

Para Botti (2009), a formação durante a residência deve se pretender para além do desenvolvimento de atributos técnicos, mas também dos atributos relacionais. Além de uma imensa construção de processos que buscam a afirmação do profissionalismo, marcando profundamente a residência medicina, este processo necessita de visibilidade como um convite à construção de novos aspectos políticos, direcionados à reconstrução das políticas de saúde, assim como a reconfiguração da relação profissional de saúde-usuário. Porém, o exercício e, conseqüentemente, o ensino da profissão médica se encontram diante de algumas encruzilhadas, como afirma o autor.

Não é nula a discussão sobre os aspectos relacionais durante a formação dos médicos. Na residência médica, também se encontram elementos que levam em consideração o contato médico-paciente. Existe uma sustentação intencional de que os médicos aprimorem atributos relacionais, ampliando a qualidade de encontro. “Porém, o que se exige dos médicos, principalmente daqueles em formação, que sejam breves, objetivos, que venham ao centro dos assuntos e apresentem questões complexas de forma resumida e concisa” (BOTTI, 2009).

Apesar de muitos acreditarem que essa visão da prática médica pautada numa outra dinâmica, mais relacional, ser uma utopia, uma parcela dos residentes ainda afirma que este processo faz parte dos elementos críticos para a construção da medicina. Por estarem excessivamente vinculados à tecnologia, a humanização, de acordo com o entendimento dos residentes, assume caráter complementar, e os “médicos humanos” são os que trazem como marca de “sua personalidade” a abertura ao outro, seja no contexto do trabalho médico, seja no roteiro de suas vidas de maneira geral.

Passos e Benevides (2005) chamam a nossa atenção a um processo que parece se expandir quando pensamos sobre o conceito humanização nas políticas de saúde e nos processos de trabalho em saúde no Brasil. Parece haver uma questão de entendimento

da lógica da humanização proposta pela Política Nacional de Humanização, que surge no sentido de reafirmar o Sistema Único de Saúde brasileiro pelos princípios de cidadania que o fundamentam. O conceito humanização, para os seguintes autores, tem tomado valor como prática caridosa, paternalista etc. A humanização, quando não apropriada dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro, corre o risco de ser compreendida e expressa em ações fragmentadas, cuja imprecisão denota a fragilidade do conceito, que se articula ao voluntarismo, ao assistencialismo ou mesmo ao tecnicismo, produzindo relações tidas como suplementares ou adicionais, construindo aspectos administrativos voltados às práticas de cunho clientelista e pela intenção de construção de qualidade total, por exemplo. Nesse processo, um conceito que deveria denotar uma abertura ao encontro e a relação mútua, corresponsável nas dinâmicas de cuidado na atuação em saúde, paralisa-se em lógicas incompatíveis com o que as apostas que a Política Nacional de Humanização da Saúde introduz, e se torna um conceito-sintoma.

Não podemos retomar o conceito de humanização sem considerar o cenário no qual ele vem ganhando destaque crescente em Programas no campo da saúde pública. Tal concentração temática indica o que poderíamos chamar de um modismo que, enquanto tal, padroniza as ações e repete modos de funcionar de forma sintomática. Neste sentido, é possível afirmar que a humanização ganha, no início dos anos 2000, um aspecto de conceito-sintoma (PASSOS; BENEVIDES, 2005, p. 390).

Mas, quando nos referimos à humanização, estamos ampliando sua condição de conceito para seu caráter de convite à experiência, sua afirmação como elemento fundamental de uma política que se pretende transversal, na qual o conjunto de princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde é reafirmado e ganha novos contornos, estabelecidos pelo cotidiano das ações em saúde, transformando por meio de ações singulares os modos de agir, ser, estar e gerir os diversos aspectos do cuidado, assim como os serviços, as práticas de saúde e as instâncias desse mesmo sistema,

caracterizando uma construção coletiva. “A humanização como política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde” (PASSOS; BENEVIDES, 2005, p. 393).

Se partimos da crítica ao conceito-sintoma, concluímos afirmando a humanização como um conceito-experiência que, ao mesmo tempo, descreve, intervém e produz a realidade nos convocando para mantermos vivo o movimento a partir do qual o SUS se consolida como política pública, política de todos, política para qualquer um, política comum (PASSOS; BENEVIDES, 2005, p. 393).

Falar de humanização da saúde é instituir no processo de produção do cuidado, uma ampliação da experiência que ultrapasse o binômio queixa-conduta, tão característico das práticas biomédicas atuais, apostando na multideterminação da saúde e em sua complexidade, e instruindo novas relações entre os sujeitos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde, implicados, parceiros e coautores das dinâmicas de cuidado em saúde. Portanto, a humanização do SUS precisa ganhar sentido como processo de subjetivação, na produção de sujeitos atentos e disponíveis a criação de novas práticas em saúde, tendo em vista que “pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas” (PASSOS; BENEVIDES, 2005, p. 570).

## 6. TRABALHO MÉDICO NA EMERGÊNCIA.

*Um médico esteve mais disponível ao papo comigo. Disse-me coisas muito interessantes, impulsionadas pela sua indignação com o “aniversário desumanizado”, que aconteceu durante a tarde, no momento em que conversávamos. Para ele, fazer festinha perto de pacientes morrendo é desumano, tanto por desconsiderar o estado de dor do paciente quanto pela possibilidade de infectar os aparelhos e outras coisas com gordura de salgadinho.*

*Disse que a desumanidade é quase uma premissa para a imersão nesse tipo de trabalho. “Se você não se tornar desumano, você não aguenta! É melhor quando você*

*passa pela residência, aí você fica um pouco mais preparado, se desumaniza aos poucos, mas, quando você vem direto trabalhar, você acaba se sujeitando a esse tipo de situação!” Perguntei se essa “desumanidade” acompanhava os médicos em outros ambientes, como em casa, por exemplo, e ele me respondeu que “não, em casa não, mas nos outros trabalhos sim, assumem essa precariedade dos modos de cuidar como normal e característica de toda e qualquer atividade de médico, onde estiver”.*

*Ele me relatou que essa desumanidade geralmente é fruto da diferença entre o que é protocolado e ensinado na graduação com as condições reais do trabalho deles. Um monte de etapas do cuidado deveria ser feita antes de algumas decisões, que eles acabam tomando “pela experiência”, porque a condição do trabalho impede que tomem as decisões a partir dos dados mais concretos, como os de exames. Parece haver no discurso dele uma vinculação do real da atividade como o elemento fundamental para a dita desumanização.*

*Disse que seu trabalho é árduo, porém prazeroso em alguns momentos pelo fato de saber que sua atividade pode proporcionar melhor qualidade de vida aos seus pacientes que suportarem o tratamento. Suas reclamações giram em torno das condições de trabalho e o que parece receber grande valor é o desgaste operado no trabalho pela falta de condições para “fazer o que precisa ser feito, nos moldes como se aprendeu a fazer”.*

Primeiramente, recorreremos à concepção histórica do homem em sua relação com o trabalho, sem nos preocuparmos em construir um modelo teórico, mas sim enfatizar a relação e a articulação entre os saberes a serem transmitidos e a relação deles com o contexto. Entendemos que “toda atividade humana é sempre [...] o lugar de um debate incessantemente reinstaurado entre normas antecedentes a serem definidas a cada vez

em função das circunstâncias e processos parciais de renormatizações, centrados na entidade atuante” (SCHWARTZ, 2002, p. 13).

Faz-se necessária a apresentação de como a ergologia entende o movimento dos homens na história e/ou o movimento da história dos homens. Apropria-se, aqui, das discussões propostas pelo capítulo intitulado “O homem, o mercado e a cidade”, do livro *Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana*, organizado por Ives Schwartz e Louis Durrive, em 2007. Nele, são apresentados três polos nos quais o homem produz e/ou se movimenta na história.

Um polo pertence ao movimento político: é o polo da cidade, da *politeia*, em que se afirmam e se produzem valores sem dimensão em função do viver em comum, como saúde, bem-estar, bem viver, solidariedade etc., valores ligados à cidadania e à democracia. O Direito seria o campo que mais atuaria neste polo, no sentido de assegurar aos cidadãos a igualdade, por exemplo (SHWARTZ; DURRIVE, 2007).

Um segundo polo corresponde ao movimento mercantil e sua atuação enquanto articulador de valores dimensionados como salário e renda, na composição de “unidades de medida para os fatos que lhe dizem respeito”. O mercado é a mola propulsora das questões envolvidas nesse polo, a partir de interesses financeiros e/ou monetários como benefícios e rentabilidade (SHWARTZ; DURRIVE, 2007).

E um terceiro polo é denominado polo das gestões, polo “sem o qual a pessoa estaria fora do jogo e a história olhada como uma mecânica”. O movimento da/na história perpassa pelo constante debate de normas e valores e/ou nas “dramáticas de uso de si”, em resposta às demandas que são geradas pelo movimento dos outros polos. Este polo identifica na atividade humana a capacidade de composição e/ou de reajuste de novas ordens históricas. Nele, os processos de gestão se efetivam nas tensões entre o registro de antecipação (normas antecedentes) e da confrontação dessas com o real.



Nessa dialética, nascem as renormatizações, novas estratégias para lidar com o real da atividade (SHWARTZ; DURRIVE, 2007).

É nesse sentido que se elege o trabalho humano como matéria fundamental para pensarmos toda essa dinâmica. Segue a explicação de Yves Schwartz sobre essa escolha:

Em nossos dias, se quisermos compreender os equilíbrios norte-sul, se quisermos compreender a forma como os bilhões de seres humanos vivem sua vida cotidiana, é muito difícil não cogitar que por trás de todas estas questões, existe o uso do trabalho humano. Este uso é profundamente determinante, um uso mercantil que poderíamos chamar de capitalista, sem aí estarmos operando um julgamento apriorístico de valor. As dramáticas de uso de si perpassam todos os aspectos da vida das pessoas. Consequentemente, existem circulações extremamente importantes entre o que se designa como “o trabalho” e o que seja “extra-trabalho”. E não se pode compreender o trabalho sem sair do “trabalho”, no sentido que conota a expressão trabalho mercantil. Hoje esta dimensão, por razões históricas, é absolutamente fundamental (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p.253).

Vale compreender, mesmo que parcialmente, na analítica do trabalho médico e nas dramáticas dos usos de si<sup>5</sup> em função do cuidado, posto em questão nesta dissertação, que a constante construção e negociação inerente a toda e qualquer atividade compareceu de maneira significativa. A todo o momento, percebeu-se os trabalhadores inseridos e envolvidos na tentativa de regular sua atividade para responder as reais condições que aquele processo de trabalho produzia.

Vislumbramos o debate de normas e valores na edificação de um modo de ser e estar médico, que indique, de modo singular, como é permanecer e usar a si mesmo em função de um trabalho marcado pela necessária instrução de sua prática, pautada nas normas antecedentes, ditas como verdadeiras por serem científicas e a inevitável

---

5 “Dramático aqui, não quer dizer que seja necessariamente trágico. No sentido etimológico, o termo dramático nos remete a uma história, não prevista no início, mas à qual não se pode escapar, uma espécie de destino a ser vivido” (SCHWARTZ, Y; ECHTERNACHT, E. H, 2007, p. 19). No trabalho, há sempre uma relação de forças que convoca o sujeito a negociar a sua atividade em prol do que nasce da necessidade de usar-se a si por si e pelo que é convocado a fazer uso de si pelo outro. Esse jogo é que se denomina de dramática de uso de si.

negociação destas normas, tendo em vista a adversidade e variabilidade comum ao trabalho em saúde e produção de cuidado, sem desqualificar o prescrito e as normas antecedentes, nem supervalorizar o novo e a renormalização.

Schwartz (2007) faz uma releitura dos processos prescritos para pensar a atividade humana e opera uma inflexão importante no pensamento sobre as atividades prescritas, sem que com isso inferiorize-as ou diminua seu valor para a organização do trabalho, mas também não deixa de operar sua crítica a apropriação desse modo de operacionalização da atividade como único e inquestionável, o que parece ser o convite da cientificidade operada no centro da intenção médica.

Schwartz, dessa forma, não descarta as prescrições do trabalho, mas, sobretudo as redefine como normas antecedentes, as quais, embora mantenham a mesma natureza das prescrições, não se limitam a elas. Para o filósofo, as normas antecedentes são importantes e podem orientar, em parte, o que vai ser produzido no vivo da atividade. Entretanto, não pré-definem o real da atividade, já que a história da atividade é sempre inacabada e lacunar (SHWARTZ apud LIMA; DI FANTI, 2007, p.05).

Ao mesmo tempo em que não se pretende estabelecer um convite à incessante construção de um “tudo novo de novo”, não parece ser saudável ter de criar tudo a todo tempo. As normas antecedentes são modos preestabelecidos, constructos históricos que orientam movimentos da atividade, considerados valiosos porque nascem da experimentação, e com isso, supostamente, fundam percursos para a atividade, atalhos que podem servir para a economia do uso do corpo na construção das estratégias de intervenção e trabalho. Por isso, o prescrito é importante para a atividade, porque sinaliza modos que podem ser utilizados para a composição de estratégias mais confortáveis e seguras de se trabalhar.

Outro elemento importante da atividade médica é a análise de seu valor social. A atividade médica, com o decorrer da história, transformou-se, progressivamente, principalmente impulsionada pelo sistema de produção capitalista, em uma mercadoria socialmente valorizada, ou seja, no trabalho médico. Dessa forma, a atividade médica

fora submetida às mesmas regras impostas aos demais trabalhos de ordem capitalística. Algumas de suas condições também são comuns a outros processos de trabalho, e o que parece surgir de maneira significativa nos discursos dos médicos corredores da emergência é a instabilidade no emprego, ritmo intenso de trabalho, jornadas de trabalho prolongadas etc. (SOBRINHO et al., 2005, p. 130). Atualmente, muitos médicos consideram que a remuneração também não é compatível com a responsabilidade imposta ao trabalhador em seu exercício profissional, pois as condições de trabalho, muitas vezes, são precárias e a demanda é excessiva.

Alguns desafios são muito visíveis quando se pensa na lógica que se opera pela e a partir da atividade médica atualmente, desafios que incidem necessariamente na eficiência e eficácia das práticas de saúde. Para intervir de maneira significativa nessa lógica, torna-se necessário um novo posicionamento crítico frente aos obstáculos inerentes à própria racionalidade biomédica que limitam a prática clínica. Assim como o que podemos identificar como um reducionismo organicista que fragmenta o conhecimento e gera especialidades duras que configuram uma medicina ocidental altamente tecnicista e terapêutica. Em diversos momentos, parece ser incapaz de abordar com sucesso a complexidade do adoecimento humano a partir de um olhar clínico (NOGUEIRA, 2010, p. 2).

Foram perceptíveis nuances muito importantes nas dinâmicas do trabalho médico em urgências e emergências. Uma primordial é a constante negociação da atividade pelo excesso de demanda.

*Eu estava relendo os meus diários antes de começar a escrever este aqui, e percebi que quase sempre inicio com a informação de que a emergência está lotada. Hoje não será diferente. Na alta complexidade parecia não caber mais ninguém, a circulação dos trabalhadores de lá estava dificultada. Este dia parecia ser*

*interminável. Os trabalhadores estavam bastante estressados com os outros serviços de saúde da região que telefonam todo momento pedindo – ou exigindo – vagas para mais internações.*

*Foi neste dia, então, que reparei algo muito significativo sobre o toque do telefone! Uma percepção e sensibilidade que demorou quase dois meses para que eu descobrisse. Existe já um modo de identificar quando a chamada é interna e quando é externa – toques curtos são internos e longos externos! Quando o toque é longo, eles já brincam – de onde vem agora? E já se armam para falar no telefone – “Não é assim não, minha filha”, “Nós já liberamos quatro vagas pra vocês”. “Estamos lotados, tire alguém daqui que vocês mandaram e mandem outro no lugar.” “Ah, alguém tá muito grave? Pior do que aquele que mandaram? Não era melhor vocês terem feito bem a classificação de quem vinha pra cá antes não? Sua cota já acabou”, e por aí vai! Os aparelhos de saúde que ligam para a emergência entram em contato seguidas vezes, querendo falar com médicos diferentes, porque, se algum aceitar a “insistência” deles, logo transferem o paciente, que fica sob responsabilidade desse médico.*

Tem-se percebido, nas mais diferentes frentes de luta para a afirmação e defesa do Sistema Único de Saúde brasileiro, o qual se define como universal, igualitário, de qualidade e implicado na construção da cidadania, que um dos temas recorrentes, portanto problemáticos, é a sua própria organização e estruturação, principalmente no quesito gerência dos processos de trabalho, em todos os níveis e em todos os distintos tipos de estabelecimento que ofertam serviços de saúde, essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva (MERHY, 1997).

Um dos grandes nós críticos para a transformação das condições da assistência oferecida no Sistema Único de Saúde Brasileiro é o tema trabalho. Aliás, esse tem sido um tema muito instigante no campo da Saúde Coletiva. Porém, um risco que se efetiva

na análise sobre as condições e processos de trabalho é a vinculação deste tema em um caráter individualizante, destinado à manutenção dos processos e condições laborais e bem-estar profissional, no qual o que menos entra em pauta é a qualidade da assistência destinada ao usuário (MERHY, 1997).

Este é um dos grandes problemas nas propostas de reestruturação do Sistema Único de Saúde brasileiro, pautado nas experiências vividas e vívidas deste contexto. É perceptível que os trabalhadores apostam na mudança efetiva do atual modo de operacionalização da assistência em saúde e o risco se apresenta exatamente aí. Vale ressaltar esse risco, que também é efetivo, de que nas lutas pelas condições de trabalho nos fixemos unicamente na melhoria das condições materiais e afirmemos o mesmo estado relacional que ainda se apresenta nas intervenções em saúde. Mais vale a luta pela transformação do próprio trabalho do que uma luta incessante por aspectos que o mantenham no mesmo lugar, porém com mais equipamentos e condições.

Outros aspectos do trabalho médico também foram observados, e, de maneira muito singular, podemos qualificar as questões que envolvem a noção de tempo – elemento fundamental na composição dos modos de ser e estar no trabalho médico em urgências e emergências. O tempo é uma problemática muito marcante nesta atividade, e se torna visível no próprio movimento de conceituação do que são urgências e emergências nos Serviços de Saúde. Romani et al. (2009) demonstram certa inversão estabelecida pelo Conselho Federal de Medicina no que se refere às definições dos conceitos de urgência e emergência contidos nos dicionários de língua portuguesa.

Na definição do CFM, a noção de iminência, pressa, ou necessidade de agir com rapidez, que caracteriza a significação de urgência, é atribuída ao termo emergência (situações que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso); e a noção de surgimento, ou da mudança de uma condição anterior (imersa) para outra condição, diversa e posterior (emersa ou emergente), que caracteriza a significação de emergência<sup>2</sup>, é atribuída ao termo urgência (a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida) (ROMANI et al., 2009, p. 44).

O tempo assume muitas nuances nesses setores:

Um tempo de espera: regulador da atividade que assume um caráter significativo. Grandes filas afetam os setores de urgências e emergências, o que causa uma série de conflitos profissionais-usuários, situações constrangedoras que aumentam o estresse, dificultam o vínculo e a corresponsabilização pelo cuidado.

Um tempo organizacional: os setores de urgência e emergência deveriam ser locais de entrada e estabilização. Logo após diminuído o risco real ou eminente de morte, os usuários deveriam ser deslocados, referenciados para as clínicas médicas ou cirúrgicas para o acompanhamento do cuidado, o que largamente não acontece na realidade brasileira. Longas internações nesses serviços são comuns.

Um tempo da dor: na maioria dos casos, quando afetado por situações desconfortáveis e/ou dolorosas, o usuário não leva em consideração o tempo de espera necessário e muito menos o tempo organizacional. Exige-se resposta imediata.

Pelo fato da atividade ser muito intensa, muitos optam por trabalhar nos setores de urgência e emergência pela possibilidade de praticar a medicina de maneira mais significativa e dinâmica, como se esse trabalho preparasse melhor o profissional para as outras atividades que pode vir a assumir. Porém, daí surge outro tempo, o da suportabilidade da própria função de médico de urgência e emergência. Muitos médicos relataram que é difícil suportar esta atividade por muitos anos.

Os procedimentos estabelecidos no exercício profissional nos setores de urgência e emergência trazem como questão fundamental o uso do tempo, tendo em vista o risco de morte, que se faz presente e possível em casos de urgência e emergência. Pautar a atividade tomando como referência o tempo direciona a conduta dos trabalhadores, os quais negociam, a todo tempo, o tempo possível, da própria

dinâmica da atividade, na concepção sobre a gravidade, no risco de morte e nos meios de que dispõem para evitá-las.

Com as equipes de pronto-socorro lidando com situações que encerram risco de morte, cujos procedimentos diagnósticos e terapêuticos exigem observações e reavaliações constantes, além de decisões rápidas e acertadas, esses profissionais também se mostram muito angustiados pela superposição de atribuições, a qual aumenta o conflito entre o que ao sentimento de carga mental têm como ponto comum a impossibilidade de cumprir adequadamente as tarefas previstas (FELICIANO, 2005, p. 323).

A responsabilidade sobre a vida ou a morte dos usuários que recorrem a estes setores assume uma característica ainda mais singular e, nesses casos, normalmente a sistematização anterior para lidar com possíveis complicações e erros não acontece da mesma forma que nos casos de cirurgias e procedimentos agendados, em clínicas médicas e cirúrgicas, por exemplo. Alguns protocolos, como os de classificação de risco, que acontece no hospital em questão, ajudam na organização da dinâmica de trabalho, classificando a demanda e a real necessidade no uso do serviço em questão. Contudo, os usuários que necessitam desse setor, classificados como prioritários, constantemente entram em situações de saúde muito frágeis; contratempos são muito possíveis nesse trabalho.

São as singularidades desses setores que qualificam esse campo de trabalho enquanto plano fértil de problematizações acerca dos processos de produção de subjetividade. O movimento intenso de usuários e trabalhadores é o que caracteriza a atividade nesse setor; o seu valor está na análise dos processos de trabalho e dos mecanismos criados para responder à agitação característica nos / dos corredores da emergência.

O processo de trabalho num setor de emergência de um hospital é definido como a possibilidade diária e ininterrupta de ter como objeto de trabalho uma pessoa gravemente doente, que precisa de cuidados imediatos e que corre risco de vida. É um serviço que funciona as 24 horas do dia e, por ser público, atende de maneira universal e integral a todos que o procuram, gratuitamente (FURTADO; ARAUJO, 2010, p. 170).

*O cara parou? Tem clínico aí?*

*Estávamos somente eu e duas técnicas de enfermagem na alta complexidade naquela hora, era final da tarde. Um homem de meia idade que sofria de aneurisma começou a parar, “rebaixou”, como eles dizem. As enfermeiras saíram correndo para ver um médico para resolver a situação. Chegaram dois médicos, andando calmamente em direção ao paciente – cliente, segundo a enfermagem. Calmos, pediam as coisas para os enfermeiros – “pega isso”, “pega aquilo” –, e os enfermeiros “loucamente” corriam para cima e para baixo.*

*Chegou um cirurgião neurologista que observava atentamente os dois médicos tentando entubar o paciente. Até que praticamente desistiram e ele então conseguiu fazer.*

*Percebi algo muito significativo nisso tudo. Olhando as dificuldades que foram aumentando, todos foram ficando mais agitados e preocupados com a situação do paciente, que demonstrava fragilidade e risco de morte. Um médico tremia muito durante sua segunda tentativa de entubar. Uma médica com quem dividi muitas conversas me deu uma piscadinha, ao mesmo tempo em que fazia a massagem pulmonar – aquele olhar me passou a seguinte mensagem: “Está vendo como não é tão fácil assim!”.*

*Depois que tudo se acalmou, os médicos foram descansar um pouco na sala deles. O médico que estava tentando entubar aquele paciente parecia muito fadigado, suava muito e estava muito “vermelho”. Eles começaram a discutir o caso e então me aproximei para ouvir e, talvez, participar daquela conversa. Logo que sentei próximo a eles, percebi que o caso tinha ganhado valor, mas eles já estavam falando de outra coisa, sobre a saída daquele médico do hospital. Logo o questionei, pois tínhamos construído uma boa parceria naquele tempo, e ele me respondeu que sim, enquanto*



*seus olhos se enchiam de lágrimas, disse que sentia muito ter que sair de lá, mas que já havia passado o seu tempo de preparação, e que as propostas de trabalho já estavam chegando, e recusar a que ele aceitou pelo vínculo que criou com a emergência seria tolice. Disse que quase todos os médicos que passam pela emergência não permanecem muito tempo por lá e que não seria diferente com ele. Logo me fez uma proposta informal, acho que pelo próprio vínculo produzido comigo durante aqueles dias. Disse-me que estava frequentando uma escola de tiro, e que queria entrar para a equipe de tiro esportivo, algo desse tipo. E que eles precisavam dos serviços de um psicólogo. Perguntei sobre qual perspectiva de trabalho e do que se tratava aquela encomenda e ele logo respondeu que eles (mais precisamente, ele) precisavam de acompanhamento para saber lidar com a ansiedade, porque, quando o sujeito está ansioso sua circulação fica mais rápida e forte, o que pode gerar algum efeito na mira, sendo que qualquer vibração pode desviar a bala do alvo. Então, ele se lembrou de nossas conversas anteriores e me falou que esse exercício também é um dispositivo, o que pode auxiliar no processo de “desumanização” porque ele aprenderá a controlar melhor as suas emoções. Então, eu disse que uma das grandes características dos humanos é exatamente o fato de sermos animais emocionais, essas coisas. Então, ele me questionou sobre a ansiedade ser algo “natural” do humano. Respondi dizendo que sim, que o problema acontece somente quando a ansiedade paralisa o corpo e se transforma em um sintoma. E ele logo respondeu que estranhava a minha resposta porque não quer continuar a sofrer de ansiedade, em nenhum grau. Agradeceu imensamente os dias em que esteve comigo e voltou a trabalhar. Percebi seu movimento durante todo o final da tarde, e claramente notei que sua saída daquele trabalho lhe trazia alguma dor.*

A dinâmica de modificação das realidades sociais também evidencia as transformações da medicina, no que diz respeito ao seu papel, sua função e sua responsabilidade social. As transformações históricas do processo de produção do trabalho tocam a medicina de forma singular. A estrutura econômica destina um lugar e uma forma de articulação da medicina e dos médicos como categoria profissional na estrutura social. Essas concepções envolvem a medicina de valores e normas que instauram uma relação muito singular do trabalho médico com as diferentes “instâncias” que integram a estrutura econômica e social (SOBRINHO et al., 2005).

Foi possível identificar, nos discursos dos médicos do hospital em questão, que não lhes falta oportunidade de emprego, que são convidados a novos empregos constantemente. Dizem que é fruto da falta de profissionais de medicina no Brasil. Seus salários geralmente estão acima da média dos que os outros trabalhadores da saúde pública recebem, o que constrói uma dupla relação com os outros trabalhadores, uma na qual recebem grande valor e importância, pelo seu perfil social e pela visibilidade de uma vida com melhores condições materiais, exposta nas suas roupas, sapatos, carros etc. E outra na qual viram alvo de comparação, pela lógica do seu trabalho e pela diferença significativa no valor monetário destinado a este. Uma diferença entendida como incompatível, geradora de ressentimentos por parte de alguns trabalhadores que se denominam “tão trabalhadores quanto”, mas que recebem muito menos.

Além dessa tensão operada nas relações que se estabelecem no processo de trabalho do médico no serviço de saúde, outra tensão muito importante se estabelece nas dimensões do próprio processo de trabalho da medicina. É um conflito inerente ao jogo de forças que convoca a atividade médica pelo seu viés objetivo e científico, produzindo uma aplicação técnica como regra geral, geradora de segurança para a produção de intervenções. Na responsabilização e gestão individualizada das regulações dos aspectos

do cuidado. “Logo, o cuidado é sempre uma atitude que incide sobre cada indivíduo, a cada vez, obrigando à síntese da norma com o particular” (SOBRINHO et al., 2006).

Merhy e Feuerwerker (2009) fazem uma síntese dos processos de trabalho médico a partir do que se denomina como uso das caixas de ferramentas. A sua problematização pode nos auxiliar na construção de uma análise do trabalho em saúde que demonstre estas tensões que anunciei logo acima. Vejamos a demonstração de como são organizadas essas caixas de ferramentas.

Na primeira caixa de ferramentas, estão contidas as tecnologias duras, as quais permitem o manuseio dos aparelhos que tem realidade material, como o estetoscópio, o endoscópio e outros equipamentos que servem e possibilitam acessar os elementos físicos de cada situação em saúde. Elas alimentam e fundamentam o raciocínio clínico embasado pela conquista tecnológica do saber médico. Esses processos são pautados no uso de um trabalho morto (mero uso das máquinas) e do trabalho vivo, que é o uso do corpo de seus operadores, os médicos (MEHRY; FEUERWERKER, 2009).

A segunda caixa de ferramentas é aquela que permite o processamento da percepção médica sobre o usuário, na tentativa de construção de sua intervenção em prol de seus objetivos específicos. A partir do ponto de vista médico, são apreendidos os elementos fundamentais de cada situação em saúde e, a partir das necessidades de cada caso, que são negociadas as atividades médicas. Esse olhar é construído pelas disciplinas, entendidas como dados preestabelecidos, na qual se constituem intervenções pautadas num trabalho morto, pois os elementos da atuação já estão dados *a priori*. A clínica e a epidemiologia são algumas destas disciplinas, mas sabe-se que, no momento concreto do agir do médico, a potencialidade de seu trabalho vivo em ato, que nasce de sua interação com o usuário, possibilita uma mediação, necessária, dada pela adversidade e variabilidade da condição humana. Esse é um território de tensão entre o

mantimento de certa dureza no olhar, vinculado e aprisionado pelos saberes e técnicas formais, portanto estruturados, e a leveza exigida no próprio contato com o usuário. O toque de leveza aciona o manuseio das ferramentas da primeira caixa e as intervenções ganham sentido como atos de saúde. O ato em saúde é dado pela constituição de uma atividade em constante negociação entre as tecnologias duras (processos estruturados) e pelos processos que operam leveza na atividade (processos de negociação das ferramentas a partir do real, permeabilidade das disciplinas). Nesse processo, identificamos o uso de tecnologias leve-duras (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Na terceira caixa de ferramentas, encontramos elementos que enriquecem e ampliam o raciocínio médico. Nela, os aspectos relacionais são privilegiados e a produção das intervenções em saúde é criada a partir do encontro, o que permite a construção de um espaço relacional trabalhador-usuário. A escuta, o interesse, a construção de vínculos e da confiança possibilitam a abertura à singularidade de cada caso e/ou situação de saúde, ampliando a relação das tecnologias com o contexto sócio-histórico e cultural, na multideterminação dos modos específicos de viver (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre médico e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação médico-paciente adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do médico nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo em ato – que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar. Às tecnologias envolvidas na produção desse encontro chamamos leves (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 7).

Um aspecto importante ao analisarmos o processo de trabalho em medicina é o reconhecimento de uma prática que se estabeleça na interação entre os trabalhadores. Nessa proposição, apostamos na troca das experiências como elemento fundamental para o processo de formação que se faça na ampliação do comum, em que as

circunstâncias semelhantes, embora nunca iguais, são corresponsabilizadas, construindo um processo ético-político que afirme a constituição de um coletivo de forças que intervenham a partir de uma prática em rede. Por isso, vale socializar o vivido profissional no cotidiano do trabalho, tornando os corredores em espaços de encontro, em que possam ser comunicadas e construídas as narrativas, instruindo a construção de modos de viver a prática, assim como a construção de espaços de reconhecimento e visibilidade das experiências, possibilitando a construção de vínculo e parceria entre os trabalhadores.

Outro espaço relacional precisa ser qualificado no processo de trabalho e formação médica. A qualificação da potencialidade do encontro trabalhador-usuário recebe valor ético-político tão fundamental quanto o espaço relacional que se fundamenta na relação trabalhador-trabalhador. Porém, essa ainda tem recebido valor como elemento da prática assistencial, persistindo uma relação assimétrica no interior da intervenção médica (MERHY, 2000).

## 7. CONCLUSÃO

Para finalizar, retomo o começo da escrita dos diários de campo, já no primeiro dia em que pisei aqueles corredores...

*Tomando o caminho para pegar o carro e ir para casa, no meu primeiro dia, reparei a placa inaugural do pronto-socorro. Data de 29 de abril de 2008. As recepcionistas me disseram que não havia aquele lugar antes.*

*Observando aquela placa, achei algo muito interessante: havia uma mancha de corretivo numa parte dessa placa. Também havia informações de qual governador e vice estava em mandato na época, emblema do SUS, do Governo do Estado etc.*

*Fiquei interessado por aquela mancha e resolvi fazer um esforço para ver o que estava escrito por baixo daquilo.*

*Descobri! “Um novo Espírito Santo”. Estou achando que isso pode ser uma dica!*

Quem sabe esta dissertação auxilie na manutenção desta frase – protegendo-a e afirmando-a. Seu intuito também é garantir a visibilidade e a intenção de que o novo se efetive no estado do Espírito Santo. Um novo que se propague pelo cotidiano, no trabalho vivo desses que correm sem parar!

Não pretendi afirmar qualquer verdade sobre os acontecimentos que marcaram os meus encontros com aqueles trabalhadores. O que se encaixa aqui é exatamente a possibilidade de afirmar o que foi singular a uma experiência de pesquisar em saúde pública.

Durante a pesquisa, fui acionado pelo processo de trabalho na emergência! Corri! Até que doeram os pés... e tive de me retirar para cuidar do corpo que também se formava. Entender a dor e a alegria de sair também é ser ético!

A emergência é lugar de passagem e não de permanência! Não permaneci nos corredores, mas os corredores me marcam de maneira permanente! Quando passo próximo aos portões de uma emergência, sinto meu desejo urgir para que tudo esteja bem e o cuidado seja efetivado pelos/nos corredores dali! Na minha nova relação com as motocicletas, ou melhor, no término de um relacionamento, que não é mais possível. Não quero disponibilizar-me a possibilidade de sofrer o que vi muitos sofrendo em consequência de acidentes com motos!

“Na beleza de ser um eterno aprendiz!”... Havia uma curiosidade visível naqueles rapazes e moças!... Curta! Queira! Espere! Anseie! Deseje! Seja interno e residente de si!

No olhar, a fragilidade do corpo dos idosos e a grandiosidade de seus sorrisos simples, só pela possibilidade de receber pequenos pingos-d’água em algodões úmidos, por exemplo.

Na afirmação de que, mesmo muito frágil, o corpo sente e precisa ser cuidado de maneira digna. Mesmo que o cuidado seja simples como um banho!

Na resistência de quem, mesmo “todo quebrado”, coloca o corpo à prova e sinaliza que a vida persiste se dermos condições para sua permanência.

Nas pessoas que lutaram até quando foi possível, mas que perderam a luta e ganharam a liberdade da dor!

Ouvi alguns questionamentos sobre o exercício de treino dos internos e residentes nos corpos que tinham falecido na emergência e percebi algumas afetações negativas sobre este processo. Lógico! Afinal, ninguém quer alguém “Futucando no ente querido!”. Não era um mero futucar! Havia cuidado inclusive neste processo; não era meramente um uso do corpo! Também tinha um cuidado oferecido pelo corpo. Era hora de cuidar dos outros pacientes, de cuidar dos estagiários, de retribuir, cuidar do cuidado! Não doía mais! Mesmo “feio de ver”, entubar salva vidas! Entubavam corpos mortos para conseguir em corpos vivos! Vi aqueles corpos como professores, que doam de si para que o aluno aprenda. Neste caso, doação concreta, disposição real! Generosidade!

Uma pesquisa dessa ordem precisa ser oferecida de maneira cortês aos que porventura venham vê-la, “futucar” nela, usar em suas experiências – ofereço este corpo para experimentação! Use-o.



## 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, A.C.de. **Tendências na educação médica: um modelo curricular ajustado ao conceito ampliado de saúde, as mudanças tecnológicas e a realidade social.** In: ARRUDA,B.K.G. de (Org.). A educação profissional em saúde e a realidade social. Recife: IMIP e Ministério da Saúde, 2001. P.69-86.

AROUCA A. S. da S., **O DILEMA PREVENTIVISTA Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.** São Paulo. Tese de Doutorado - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1975;

AYRES J. R. de C. M., **Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas.** Saúde e Sociedade, v.18, supl.2, 2009.

BAFFA A. M. **Internato Médico: Desafios da Avaliação da Aprendizagem em Serviço.**, Pontificia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências Sociais

Aplicadas, Pós- Graduação em Educação.Orientador: Newton César Balzan, Dissertação (mestrado)- PUC-Campinas, 104 p. 2008.

BARROS, J. A. C.. **Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico?**. Saude soc., São Paulo, v. 11, n. 1, July 2002

BENDASSOLI, P.F. **Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir**. Revista Mal-estaR e subjetividade - FoRtaleza – vol. X – Nº 1 – p.63 - 98 - MaR/2011

BENEVIDES, R.; PASSOS, E., **Humanização na saúde: um novo modismo?**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 17, Aug. 2005

BIANCHESSI, D. L. C., **Trabalho, Saúde e Subjetividade na diversidade de um Hospital Geral, Público e Universitário**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. Porto Alegre, 2006.

BONET O., **Saber e Sentir: Uma Etnografia da Aprendizagem da Biomedicina**. PHYSIS, Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 9(1): 123-150, 1999.

BOTTI S. H. de O., **O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino**” .Tese defendida e aprovada em 16 de março de 2009. Ministério da Saúde, ENSP – Fiocruz

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Ed. Forense Universitária. 1990.

CAMARGO JR., K. R. (Ir) **Racionalidade médica: os paradoxos da clínica**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1990.

COELHO M. C. de R.; GOMES M. da L. ; **A criação do Hospital Doutor Dório Silva e a configuração de vagas para enfermeiros**. Esc. Anna Nery vol.12 no.3 Rio de Janeiro Sept. 2008;

COIMBRA, C., NASCIMENTO, M.L. . **Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político?** Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2004.

CLOT, Y. **Clínica do trabalho, clínica do real**. Le journal des psychologues, n. 185, mars. Tradução para fins didáticos: Kátia Santorum e Suyaanna Linhaes Barker. Revisão: Claudia Osório. 2001

CHAUÍ, M. **Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas**. São Paulo: Ed. Moderna, 1982.

DELEUZE G., PARNET C. **Diálogos**. Trad. Eloisa Araújo Ribeiro, São Paulo: Escuta, 184p, 1998.

DELEUZE G. **Mil platôs - Capitalismo e Esquizofrenia**, vol. 4 / tradução de Suelly Rolnik. - São Paulo: Ed. 54, 1997 176 p. Editora 34;

ERNESTO, M. V., **Aprendendo a ser médico: análise da relação trabalho - saúde de médicos residentes** / Monalisa Vasconcelos Ernesto.- João Pessoa, 2013

ESCÓSSIA L. da, KASTRUP V., **O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduos sociedade**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 10, n. 2, p. 295-304, mai./ago. 2005.

FARIA H. X., **No Fio da navalha: O Processo de Trabalho de uma Unidade de Saúde da Família de Vila Velha-ES**. Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional. Vitória. 2010;

FELICIANO, K. V. de O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W., **Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico: reflexões sobre o burnout**. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 5, n. 3, Sept. 2005

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 1a edição Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 1977

\_\_\_\_\_. [b] **O nascimento do hospital**. In: Microfísica do Poder. 18a edição Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979 p. 99-112

FOUCAULT, M. **Estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro, Forense Universitária. 2003.

FOUCAULT, M.. **O sujeito e o poder**. In: DREYFUS, H. & RABINOW, P. Michel Foucault. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1989

FURTADO, B. M. A. S .M; ARAUJO JUNIOR, J. L. C. **Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital**. In: *Revista Acta*. Recife: 2010.

GUATTARI, F; ROLNIK, S. **Micropolítica: Cartografias do desejo**. Rio de Janeiro: Ed. Vozes. Petrópolis: 2005.

GUATTARI, F. **O Inconsciente Maquínico - Ensaio de Esquizoanálise**. Campinas: Papirus, 1988 (p. 187-191)

HECKERT, A. L E NEVES, C. A. **Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo**. In: PINHEIRO, Roseni et. at (org). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e praticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ- CEPESC- ABRASCO. 1ªedição, 2007.

HECKERT, A. L. C., **Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta?** In: PINHEIRO, Roseny; MATTOS, Ruben Araújo de. (Org.). Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC, 2007, v. 1, p. 199-212

LIMA, S. M.; MINAYO-GOMEZ, C., **Modos de subjetivação na condição de aprendiz: embates atuais**. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, Dec. 2003

MARTA, G N. et al . **O estudante de Medicina e o médico recém-formado frente à morte e ao morrer**. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, Sept. 2009 .

MARTINS, A., **Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 8, n. 14, Feb. 2004

MERHY E. E., **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas, contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde**. Debates.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde**. in Merhy E.E.E & Onocko, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.Fevereiro, 2000.

MERHY, E. E., **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 4, n. 6, Feb. 2000

MERHY, E.; FEUERWERKER, L. M. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma novas tecnologias e saúde**. São Cristovão e Salvador: Editora Universidade de Feira de Santana e Editora da UFBA, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. . **História e Evolução dos Hospitais**. Departamento Nacional de Saúde; Divisão de Organização Hospitalar. Rio de Janeiro, 1944.Reedição de 1965.

MINAYO-GOMEZ C.; BRANT L. C. B.; **A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho**. Ciênc. saúde coletiva vol.9 no.1 Rio de Janeiro 2004

NOGUEIRA-MARTINS, L.A.; JORGE, M.R **Natureza e magnitude do estresse na residência médica**. Rev Assoe Med Bras ; 44( 1 ): 28-34, 1998.

NOGUEIRA-MARTINS L. A.; **Qualidade de Vida dos Médicos Residentes: Revisão de Estudos Brasileiros**. Cadernos ABEM, volume 6, Outubro 2010.

NOGUEIRA, M. I. **Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade**. In: *Por uma sociedade cuidadora*. PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S. (org.) Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2010.

O'DWYER, G. MATTA, I. E. A; PEPE, V. L. E. **Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do estado do Rio de Janeiro**. In: *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5.

OSORIO C.; MAIA M. A. B., **Trabalho em saúde em tempos de biopoder**. Arquivos Brasileiros de Psicologia. v.56 n.1 Rio de Janeiro, Junho, 2004.

PAGLIOSA, F. L.; DAROS, M. A. **O relatório Flexner: para o bem e para o mal**. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, out./dez. 2008.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PINHEIRO, R; MATTOS R. A. de. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p. ISBN 85-89737-33-3.

QUEIROZ, D.T., VALL, J., SOUZA, A.M.A., VIEIRA, N.F.C, **Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde**. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15(2):276-83

RIBEIRO, M.A.A. **Apontamentos sobre a Residência Médica no Brasil**. Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, 2011.

ROLNIK, S., GUATTARI, F.. **Micropolítica e cartografia do desejo**. Petrópolis, RJ: Vozes. 1989.

ROMANI, J. L., DINIZ, M. N.; INÁCIO, M. A. M. **Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde**. in *Bioética*. São Paulo: 2009.

SABINO, C.; LUZ, M. T. **Metáforas do poder em uma instituição pública de saúde**. Soc. estado., Brasília, v. 26, n. 2, Aug. 2011 .

SOUZA, A. R. N.; **Dias de, Formação médica, racionalidade e experiência: o discurso médico e o ensino da clínica**. Rio de Janeiro, UFRJ, IPUB, 1998, Tese: Doutorado em Medicina (Psiquiatria).

SOUZA A. N. de. **Formação médica, racionalidade e experiência**. Ciência e Saúde Coletiva. Vol.6 no.1 Rio de Janeiro, 2001.

SOBRINHO C. L. N.; NASCIMENTO M. de A.; CARVALHO F. M.; **Transformações no Trabalho Médico**. Revista Brasileira de Educação Médica, Rio de Janeiro, v.29, nº2, maio/ago 2005.

SOBRINHO C. L. N., NASCIMENTO M. de A.; CARVALHO F. M.; **Ética e subjetividade no trabalho médico**. Revista Bioética 2004, vol.12, nº2.

SPINOZA B. de, 1632-1677. **Pensamentos metafísicos; Tratado da correção do intelecto; Ética**; 3ªed. Tratado político; Correspondência / Baruch de Espinosa; seleção de textos de Marilena de Souza Chauí ; traduções de Marilena de Souza Chauí. [et al.]. — 3. ed. S742p — São Paulo; Abril Cultural, 1983.

SCHWARTZ, Y., **A comunidade científica ampliada e o regime de produção de saberes**. Belo Horizonte: Trabalho e Educação. Revista do NETE/UFGM, jul-dez, 2000, nº. 07, p. 38-46.

SCHWARTZ, Y. **Disciplina epistêmica Disciplina ergológica**. Pro-Posições, vol. 13, n. 1(37), jan./abr. 2002.

SCHWARTZ, Y., DURRIVE, L., **Trabalho e Ergologia**. Conversas sobre a atividade humana. Niterói: EDUFF, 2007.

SCHWARTZ, Y; ECHTERNACHT, E. H. **O trabalho e a abordagem ergológica: “Usos dramáticos de si” no contexto de uma Central de tele-atendimento ao**

**cliente.** Informática na Educação: teoria & prática, Porto Alegre, v.10, n. 2, p.9-24, jul./dez. 2007.

SCHWARTZ, Y. **Disciplina epistêmica Disciplina ergológica.** Pro-Posições, vol. 13, n. 1(37), jan./abr. 2002.

TRIANA, A.Z. **Biomédica e seus limites: criando atalhos entre o sutil e o evidente.** Cultura Homeopática. p. 28-38, 2004, Out-Dez, nº 9, v. 3.

VILARDO, C. O. L., **Formação médica e promoção da saúde de comunidades: a articulação dessas práticas em um mesmo cenário.** Rio de Janeiro: s.n., 2011. 141 f. : tab. Orientador: Tavares, Maria de Fátima Lobato Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

ZAMBONI, J. B., **M.E.B. Gêneros e estilos na atividade, multiplicidades e singularidade na subjetividade.** VITÓRIA-ES, 2010